come ID b22373810

12

A Monsieur Bernard
hommage respectueux

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 décembre 1857,

Par Henri-Ernest BESNIER,

né à Honfleur (Calvados),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris
(Enfants Malades, 1854; Hôtel-Dieu, 1855; Beaujon, 1856-1857),
Médaille de Bronze des Hôpitaux,
ancien Élève de l'École pratique de la Faculté,
Membre de la Société Anatomique,
Membre titulaire et vice-Secrétaire de la Société médicale d'Observation de Paris.

ÉTUDE SUR LE DIAGNOSTIC
ET SUR LE TRAITEMENT
DE L'OCCLUSION DE L'INTESTIN
DANS LA CAVITÉ DE L'ABDOMEN.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1857

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY.
Clinique chirurgicale	TROUSSEAU. VELPEAU. LAUGIER, Examinateur. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	JOBERT DE LAMBALLE. P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LASÈGUE.
BARTH.	LECONTE.
BÉCLARD.	ORFILA.
BECQUEREL.	PAJOT.
BOUCHUT.	REGNAULD.
BROCA.	A. RICHARD.
DELPECH.	RICHET.
DEPAUL, Examinateur.	ROBIN.
FOLLIN.	ROGER, Examinateur.
GOSSELIN.	SAPPEY.
GUBLER.	TARDIEU.
GUENEAU DE MUSSY.	VERNEUIL.
JARJAVAY.	VIGLA.

AVANT-PROPOS.

La gravité des accidents causés par l'occlusion intestinale, leur terminaison si souvent funeste, ont, de tout temps, attiré l'attention des médecins. Indépendamment des articles consacrés à cette maladie dans les traités classiques, la science possède sur ce sujet un grand nombre de travaux publiés sous des formes diverses; l'anatomie pathologique est riche de faits, et les observations sont si nombreuses, qu'on en rencontre, pour ainsi dire, à chaque page dans les recueils périodiques français ou étrangers. Mais, malgré la valeur de ces travaux, malgré le nombre des matériaux accumulés, il est encore aujourd'hui fort difficile, et très-souvent impossible, de reconnaître pendant la vie à quelle cause est due l'occlusion de l'intestin. De cette incertitude du diagnostic, résulte une incertitude souvent funeste dans le choix des moyens à diriger contre une affection si variable dans ses causes, son mécanisme et ses lésions.

Quelles sont les causes de cette imperfection du diagnostic? En première ligne, il faut placer, suivant nous, les difficultés énormes et multipliées qui sont inhérentes au sujet lui-même; en second lieu, l'étude trop peu détaillée qui a été, le plus souvent, faite dans chaque cas particulier, de circonstances en apparence accessoires et de minime importance. En effet, si, comme nous l'avons dit, les observations consignées dans les auteurs sont nombreuses, bien rares sont celles qui peuvent jeter quelque jour sur la question

qui nous occupe. L'examen anatomique, le mécanisme présumé des lésions, les modes possibles de terminaison, ont été étudiés et décrits avec le plus grand soin ; mais presque partout la partie symptomatologique laisse à désirer : on se borne presque toujours à un tableau d'ensemble, souvent très-habilement reproduit, mais qui ne caractérise la maladie que dans son expression la plus générale. Les détails les plus importants sont trop fréquemment omis, et, pour n'en citer qu'un seul exemple, nous ferons remarquer combien est fâcheuse pour l'étude du diagnostic l'absence de renseignements sur la conformation de l'abdomen ; malgré les indications si précises, données par M. le professeur Laugier, on voit encore, dans des observations récentes, le mot ballonnement constituer à lui seul la description de l'état de l'abdomen.

Quoi qu'il en soit, nous avons pensé qu'une étude attentive des principaux faits qui se rattachent à cette question ne serait pas dépourvue d'intérêt, et qu'elle nous permettrait peut-être de signaler quelques lacunes et d'appeler l'attention sur quelques particularités importantes, au point de vue du diagnostic et du traitement de l'occlusion intestinale.

Quatre observations inédites sont annexées à ce travail : l'une d'entre elles appartient à mon excellent ami et ancien collègue M. le Dr E. Géry ; les trois autres ont été recueillies par moi dans le service de mon savant et vénéré maître M. le Dr Barth, à l'hôpital Beaujon.

ÉTUDE

SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DE

L'OCCLUSION DE L'INTESTIN

DANS LA CAVITÉ DE L'ABDOMEN.

CHAPITRE Ier.

Diagnostic général.

Le diagnostic de l'occlusion de l'intestin (1), envisagée dans son expression la plus générale, est habituellement très-facile; on trouve cependant dans les auteurs un grand nombre de cas dans lesquels la maladie n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Parmi les affections qui, dans leur expression symptomatique, peuvent simuler l'occlusion intestinale interne, il faut ranger, en

(1) On réunit assez généralement aujourd'hui, sous la dénomination commune d'*occlusion intestinale*, tous les cas dans lesquels il existe un empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours régulier, quelle que soit d'ailleurs la cause de cet empêchement. Cette dénomination n'est pas nouvelle dans la science; mais M. le Dr Masson (thèse de Paris, 1857) est le premier qui se soit placé, en l'employant, à un point de vue tout à fait général.

première ligne, les étranglements herniaires qui ne se manifestent pas sensiblement à l'extérieur ; viennent ensuite les diverses formes de péritonite, et particulièrement celle que l'on observe à la suite d'une perforation intestinale survenant brusquement chez un sujet bien portant. Enfin, et cela peut paraître étrange au premier abord, on a confondu l'étranglement interne avec le choléra et avec la dysentérie.

La rapidité avec laquelle survient, dans certains cas, la terminaison funeste, et l'existence de vomissements abondants et répétés, ont fait plusieurs fois soupçonner un empoisonnement ; mais cette erreur n'a été le plus souvent commise que par les personnes étrangères à l'art, et je n'en parle ici que pour mémoire. Enfin je laisserai complétement de côté la colique de plomb, la colique hépatique, la colique néphrétique et la colique nerveuse, n'ayant trouvé nulle part la preuve qu'une erreur à ce sujet ait été commise par un observateur attentif.

§ Ier.

DIAGNOSTIC ENTRE L'OCCLUSION INTESTINALE INTERNE ET L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

« Toutes les fois, dit M. Broca (1), que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étranglement, on devra pratiquer l'exploration minutieuse et répétée de toutes les régions dans lesquelles les hernies abdominales peuvent se présenter ; il faut, qu'on me passe l'expression, faire l'inventaire rigoureux du sujet, en explorant jusqu'aux siéges les plus insolites des hernies. » Ce précepte, si nettement formulé, est de la plus haute importance ; il est

(1) *De l'Étranglement dans les hernies abdominales, et des affections qui peuvent le simuler.*

à regretter que M. Broca ait été obligé, par la nature de son sujet, de rester à un point de vue général, et qu'il n'ait pu donner des indications plus précises.

S'il existe à l'un des orifices abdominaux une hernie, ordinairement irréductible, on devra se rappeler les signes diagnostiques qu'indique Boyer, et rapporter les accidents que l'on observe à une occlusion intestinale interne :

« 1° Si la douleur se fait sentir dans le ventre et non dans la hernie ; 2° si celle-ci n'est molle, et si, au contraire, le ventre est dur et distendu ; 3° si la maladie survient sans augmentation de la tumeur qui en annonce l'engouement ; 4° si l'ouverture herniaire est libre, et que le doigt ne distingue aucune tension au collet du sac ; 5° enfin si les accidents ont commencé par l'abdomen, pour s'étendre ensuite à l'intestin hernié. »

En l'absence d'une tumeur siégeant à l'un des orifices abdominaux, on devra rechercher quelques autres signes, capables de mettre sur la voie, tels que l'existence d'une douleur au niveau de ces orifices ; et je ne parle pas seulement ici d'une douleur spontanée, mais d'une sensation pénible, provoquée par la palpation et par la pression. Il ne suffit pas en effet de diriger l'interrogatoire sur ce point, car il pourra arriver que la douleur spontanée soit assez peu vive pour n'avoir pas attiré l'attention du malade, ou bien encore, que l'état d'abattement profond dans lequel il se trouve le rende incapable de répondre exactement.

On devra, en outre, rechercher si, en l'absence de cette douleur locale, il n'existe pas quelque douleur sur le trajet des principaux nerfs qui sortent du bassin ; peut-être trouvera-t-on dans cette voie quelques indices précieux pour certains cas particuliers.

On sait que la hernie crurale et la hernie obturatrice peuvent produire l'engourdissement de la cuisse et une douleur, quelquefois très-violente, sur le trajet du nerf obturateur ou des nerfs cruraux.

Ces deux espèces de hernie, et en particulier la hernie sous-pu-

bienne, par leur situation profonde, par le petit volume qu'elles occupent, peuvent passer inaperçues, et les accidents produits par leur étranglement ont été rapportés à un étranglement interne par les chirurgiens les plus habiles.

Ce point du diagnostic n'a été traité avec quelques détails, du moins en France, que par M. Vinson, dans un travail bien remarquable et peut-être trop peu connu (thèse de Paris, 1844).

« Comme le plus ordinairement, dit M. Vinson, il n'existe pas de *tumeur herniaire facilement appréciable* à l'extérieur ; comme, le plus ordinairement aussi, les malades n'accusent point une douleur fixe à la partie interne et supérieure de la cuisse, mais bien une douleur plus ou moins vive dans un ou plusieurs points de l'abdomen, il en résulte que le médecin est presque toujours porté à attribuer les accidents qu'on observe en de tels cas à un étranglement interne de l'intestin, produit soit par des brides épiploïques et cellulaires, soit par des adhérences de l'appendice cæcal, ou par des diverticulum, ou bien encore à un étranglement de l'intestin à travers l'épiploon, le mésentère, ou même un autre organe déchiré, et cette erreur est quelquefois d'autant plus fâcheuse, que les malades déclarent avoir d'abord ressenti de la douleur dans la région ombilicale, dans la région lombaire, ou dans toute autre partie de l'abdomen. Sous l'impression de ce renseignement, le médecin, après avoir examiné les points par lesquels se font ordinairement les hernies, l'ombilic, l'anneau inguinal et l'arcade crurale, n'apporte pas à l'examen de la région du trou obturateur toute l'attention désirable ; et dans les cas où il a fait cet examen avec soin et sans résultat, il s'arrête le plus souvent à la détermination d'un étranglement interne, sans en rechercher le siége précis, sans tenter de découvrir s'il existe dans l'excavation du bassin et en particulier dans le canal sous-pubien. Peut-être pourrait-on, chez les vieillards dont la paroi antérieure du ventre a beaucoup de laxité, tirer quelque parti, pour découvrir le siége du mal, d'une pression exercée derrière le pubis, en y refoulant la peau et les muscles. Toutefois d'autres étranglements dans

le bassin, occasionnés par des brides cellulo-fibreuses, donneraient certainement lieu à des accidents tout à fait semblables à ceux de la hernie sous-pubienne étranglée. Dans ces cas difficiles, il ne faut négliger aucun mode d'exploration : on percutera sur le plessimètre et comparativement les deux régions obturatrices, afin de s'assurer si l'une d'elles ne rend pas un son intestinal. Chez la femme, on essayera d'explorer l'orifice interne du canal sous-pubien, en introduisant le doigt indicateur dans le vagin et en le dirigeant sur les parties latérales de la vessie, préalablement vidée, vers la face postérieure du pubis. Chez l'homme, on tentera de faire la même exploration, en portant le doigt dans le rectum et le dirigeant vers la région obturatrice. »

On ne saurait trop, à mon avis, insister sur la nécessité de ces explorations, qui pourront être facilitées, ainsi que je le dirai plus loin, par l'emploi des anesthésiques. Dans quelques cas, un examen attentif a permis de porter un diagnostic exact et de pratiquer une opération régulière, suivie quelquefois de succès. Plus souvent le diagnostic n'a été porté qu'à l'autopsie, et cependant on trouve parfois notés dans les observations des indices qui auraient pu mettre sur la voie.

Le fait suivant mérite d'être rapporté dans tous ses détails; outre les particularités intéressantes qu'il renferme, il démontre la nécessité d'un interrogatoire minutieux et pressant :

Mistriss W..., taille élevée, constitution faible, âgée de 55 ans, mère d'une nombreuse famille, fit appeler M. Gardener, le 18 février 1855, au soir, pour des nausées et des douleurs qu'elle éprouvait dans l'abdomen. Un purgatif fut administré. Le lendemain matin, M. Gardener, ne trouvant point d'amendement, s'informa si elle n'avait pas eu de hernie; la réponse fut négative.

Le 20, loin de s'améliorer, les douleurs abdominales s'étaient accrues et s'accompagnaient de vomissements. M. Gardener explora le ventre, ne trouva aucun indice de hernie ordinaire ni aucun

signe d'obstruction mécanique; mais, un peu au-dessous de la région crurale droite, il découvrit une certaine dureté, semblable à une petite glande, de la grosseur d'une fève et profondément située. Il renouvela cet examen avec M. Robinson; mais il ne parut découvrir autre chose qu'une empâtement général de la partie supérieure et antérieure de la cuisse, par-dessus la tumeur profonde déjà indiquée. Ils inclinèrent à croire qu'une portion de l'intestin était étranglée.

Le 21, M. Obré vit la malade avec M. Gardener; elle accusait une douleur extrême dans la région ombilicale, et, pendant les douze heures précédentes, les vomissements étaient devenus incessants et de nature stercorale. La face était pâle et contractée, la voix brisée; le pouls faible, petit, avec une intermittence à la troisième ou à la quatrième pulsation; enfin elle offrait tous les symptômes d'une mort imminente par étranglement herniaire. M. Obré, en explorant d'abord le ventre par-dessous la couverture, satisfaction donnée à la pudeur anglaise, ne trouva rien à la surface, et était prêt à conclure à un étranglement interne, lorsque, M. Gardener ayant appelé son attention sur la petite tumeur déjà décrite, il mit résolument à nu la partie supérieure des deux cuisses, et aperçut un léger soulèvement dans le triangle de Scarpa, du côté droit; sur l'autre cuisse, le triangle était parfaitement dessiné avec une dépression descendant plus bas que son centre, tandis que cette dépression n'existait plus sur le membre malade, où toute cette partie était visiblement plus renflée que de l'autre côté. Le gonflement n'était pas circonscrit; mais, en exerçant une forte pression avec le bout des doigts au voisinage de l'artère fémorale et un peu au-dessous de l'orifice de la saphène, on sentait distinctement une dureté de peu d'étendue, comme si la gaîne des vaisseaux avait résisté sous les doigts.

« La malade affirmait toujours qu'elle n'avait jamais eu de hernie; *enfin, pressée de questions, elle convint qu'elle avait éprouvé un peu d'incommodité et de douleur dans le membre droit, dans la quinzaine précédente, ce qu'elle attribuait à l'engorgement de deux petites glandes*

vers l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse, accompagné de douleur dans la partie, qui l'avait obligée à tenir ce membre en repos. Les fonctions des intestins avaient été irrégulières pendant le même temps. »

L'opération fut pratiquée. On constata une hernie obturatrice; le débridement fut opéré, et la guérison était complète un mois après. (*Med.-chir. transact.*, 1851, et *Revue méd.-chir.*, 1854.)

Sous le titre de *Cas de hernie sous-pubienne pris pour des cas d'étranglement interne, ou hernies sous-pubiennes soupçonnées pendant la vie et reconnues après la mort,* M. Vinson a réuni 12 observations plus ou moins complètes. J'ai analysé ces faits dans le but de savoir jusqu'à quel point s'était révélée pendant la vie, malgré un examen presque toujours insuffisant, la nature spéciale de la maladie.

De cette analyse, il résulte que l'on observe :

1° Une douleur marquée dans un point voisin de la région sous-pubienne, 6 fois (obs. 2, 3, 7, 11 et 12); dans les autres cas, ce symptôme n'a pas existé ou n'a pas été recherché.

2° Un engourdissement ou une douleur quelquefois très-violente dans le membre inférieur correspondant au côté affecté, 4 fois (obs. 3, 7, 11, 12).

Ce dernier symptôme est noté dans l'observation de M. Obré citée plus haut. On lit dans une observation de hernie obturatrice publiée cette année (Lorinser, *Gaz. hebdomad.*, 1857) : « En portant le doigt dans le vagin, on sentait, à la face postérieure du trou ovale, une tumeur un peu tendue, douloureuse à la pression, et impossible à déplacer. Les mouvements imprimés à la cuisse développent dans la tumeur *des douleurs vives, qui descendent le long de la face interne du membre jusque vers le genou.* »

Dans l'observation de Bransby Cooper (*Med. times* et *Rev. méd.-chir.*, 1853), la douleur se faisait sentir d'abord dans le fond du pli de l'aine *et de là s'étendait, en bas, le long de la partie interne de la cuisse droite.*

Les limites dans lesquelles me renferme mon sujet ne me permettent pas de m'arrêter plus longtemps sur ce point. J'aurai atteint mon but, si j'ai fait entrevoir que dans un grand nombre de cas, sinon toujours, un examen plus minutieux que celui que l'on a coutume de faire mènera à la connaissance exacte de la nature de la maladie, connaissance bien importante dans ce cas, puisqu'il est démontré aujourd'hui qu'une opération méthodique peut sauver les jours du malade.

§ II.

DIAGNOSTIC ENTRE L'OCCLUSION INTESTINALE ET LA PÉRITONITE.

Si l'occlusion intestinale se manifestait constamment avec ses symptômes les plus caractéristiques, tels que vomissements stercoraux, constipation absolue, développement énorme de l'abdomen, il serait inutile de chercher à la distinguer de la péritonite; mais le doute pourra exister dans les cas mal accusés, et surtout lorsqu'on n'assiste pas au début des accidents. Cependant l'examen attentif des cas où ce doute a existé permet de penser que les difficultés du diagnostic ont peut-être été exagérées, et qu'elles seront rarement insurmontables.

En effet, si quelques symptômes sont communs aux deux affections, les nuances qu'ils présentent dans chacune d'elles me paraissent suffisantes pour ne pas permettre la confusion. Je laisse de côté les vomissements, qui peuvent ne pas être stercoraux dans l'occlusion et la constipation qui accompagne souvent la péritonite.

La douleur existe dans les deux maladies; son début peut être également bien localisé dans l'une et dans l'autre, et, dans toutes les deux, elle s'exaspère par la pression. Mais, dans la péritonite, cette douleur se fait remarquer principalement, et l'on pourrait dire, avec Valleix, presque exclusivement, sous l'influence de la

pression et des divers mouvements, et elle s'étend rapidement à tout l'abdomen. Dans l'occlusion, au contraire, elle reste longtemps bornée à un point, et persiste presque toujours avec plus d'intensité à l'endroit où elle a débuté, le reste de l'abdomen étant médiocrement sensible à la pression; de plus, elle se manifeste spontanément et revient par crises, pendant lesquelles l'auscultation de l'abdomen fait constater un gargouillement manifeste, dû au mouvement des gaz et des liquides (1).

Le météorisme existe aussi dans les deux maladies; mais, dans la péritonite, le développement de l'abdomen est régulier, et en même temps qu'il occupe toute l'étendue de la surface, il reste dans des limites que dépasse toujours celui qui serait produit par un obstacle siégeant à la partie inférieure du tube digestif, le seul cas dans lequel l'abdomen soit universellement et uniformément distendu. Lorsque l'obstacle siége sur l'intestin grêle, le développement du ventre peut ne pas dépasser celui qu'on observe dans la péritonite; mais alors il occupe surtout la partie médiane, et ne dépasse pas, à la circonférence, le niveau des fausses côtes. Ces caractères peuvent, quoique ce ne soit pas, à mon avis, la règle, disparaître à une époque avancée de la maladie; mais alors les autres symptômes seront, le plus souvent, assez prononcés pour que le doute ne soit plus possible.

Péritonite par perforation. Ici le diagnostic devient plus difficile, surtout au début. En effet, les deux affections peuvent se déclarer d'une manière également brusque au milieu du plus parfait état de

---

(1) Ces crises, ainsi qu'on peut l'observer directement quand les anses intestinales distendues se dessinent à travers la paroi abdominale, sont en rapport avec les contractions de l'intestin et intermittentes comme elles; je les ai trouvées, dans plusieurs observations, comparées, avec assez de justesse, aux douleurs qui se produisent pendant l'accouchement.

santé, et, dans d'autres cas, être précédées toutes les deux par des symptômes précurseurs assez semblables. Toutefois, bien que l'erreur soit possible, elle ne sera généralement pas de longue durée.

Voici quels sont les caractères qui pourront servir à établir le diagnostic : dans la péritonite par perforation, la fièvre, si elle n'existe pas déjà au moment où se produit la douleur abdominale, ne tardera pas à se déclarer; elle ne surviendra que beaucoup plus tard dans les cas d'occlusion.

Dans la péritonite par perforation, l'inflammation de la séreuse constitue rapidement le caractère dominant de la maladie, et la douleur, exaspérée par la pression et par les mouvements, s'étend bientôt à tout l'abdomen. Cette douleur est continue, ne revient pas par crises accompagnées de ce gargouillement caractéristique que nous avons déjà signalé. L'excrétion des gaz par l'anus n'est pas complétement supprimée; il peut y avoir du hoquet, mais on n'observe pas ces éructations gazeuses fétides incessantes, qui tourmentent les malades dans les cas d'occlusion intestinale. «Enfin la constipation, loin d'être absolue dans tous les cas de péritonite par perforation, est remplacée quelquefois par une diarrhée assez considérable» (Valleix, *Guide du médecin praticien*, t. III, p. 308).

Sans aucun doute, ce ne sont pas là des caractères parfaitement tranchés; mais il n'en est pas moins, à mon avis, très-utile de les prendre en considération. On pourra aussi quelquefois recueillir des indices précieux dans l'étude des antécédents. Si les accidents se déclarent dans le cours ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, on sera à peu près certain d'avoir affaire à une perforation intestinale; il en sera de même, quoique d'une façon moins certaine, si le sujet est tuberculeux. On pourrait encore soupçonner une perforation quand une douleur abdominale vive et localisée se déclare dans le cours d'une dysentérie ou chez un sujet atteint de cancer intestinal; mais ici les antécédents ont une importance bien moins grande, puisque assez souvent l'occlusion intestinale est la conséquence de l'une de ces deux affections.

§ III.

DIAGNOSTIC ENTRE L'OCCLUSION INTESTINALE ET DIVERSES AUTRES AFFECTIONS.

Choléra. M. Vassor, dans sa thèse inaugurale (1852), fait remarquer que la face grippée des malades, les sueurs visqueuses et froides, la frigidité et la teinte bleuâtre, des crampes même dans les membres, pourraient quelquefois donner lieu de croire que l'on a affaire à une atteinte de choléra quand il s'agit d'un étranglement interne ; tous ces phénomènes, auxquels j'ajoute la suppression d'urine, peuvent en effet exister dans les cas d'occlusion grave de l'intestin.

On comprend facilement que l'erreur puisse être commise en temps d'épidémie lorsque, comme l'a dit M. Broca, à propos d'une hernie étranglée méconnue dans le service de M. Louis, en 1849, l'attention est détournée de la maladie locale par les phénomènes qu'on voit tout autour de soi; mais c'est à ces circonstances particulières, bien plutôt qu'aux signes communs aux deux maladies, qu'il faut attribuer l'erreur.

M. Vassor a rapporté (*loc. cit.*) une observation d'étranglement interne due à M. le Dr Archambault, et dans laquelle il est dit « que toutes les personnes du service qui voient le malade restent convaincues qu'il s'agit d'un cas de choléra. » Malgré ces apparences, le diagnostic réel fut porté par M. Beau, qui reconnut toutefois la possibilité d'une erreur en temps d'épidémie.

Le fait suivant, publié par M. Savopoulo (thèse de Paris, 1854), m'a paru être des plus instructifs, et j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de le rapporter ici en abrégé.

« Un homme âgé de 49 ans, sujet à une constipation opiniâtre, et éprouvant des douleurs dans le bas-ventre depuis plusieurs jours,

entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 décembre 1853, dans le service de M. Rostan.

« Tout le corps est cyanosé, la face livide, les yeux caves, les extrémités froides; ventre ballonné et douloureux; nausées; vomissements abondants, verdâtres, bilieux ; absence d'évacuations alvines; pouls petit, fréquent; respiration faible, anxieuse; sommeil agité, voix plaintive. Un traitement anticholérique fut institué ; la chaleur revint, la cyanose diminua. Mais on ne tarda pas à modifier le diagnostic; car tous les symptômes de l'étranglement se dessinèrent davantage, il survint des vomissemens de matières à odeur fécale, et la mort eut lieu le 23.

« A l'autopsie, on trouva un rétrécissement organique considérable de l'intestin grêle, un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale. »

Voici enfin une troisième observation dans laquelle le diagnostic n'a été établi qu'après la mort. En la lisant, on conçoit que la confusion ait été faite ; mais on reste convaincu que l'erreur eût pu être évitée, si sa possibilité avait été signalée.

« La femme B..., âgée de 37 ans, journalière, a été admise, le 24 février (vendredi) 1843, au n° 2 de la salle Sainte-Eulalie, dans le service de M. Bricheteau, à l'hôpital Necker (*Bulletins de la Société anatomique*, 1843 ; obs. recueillie par M. Bonnefous, interne des hôpitaux).

« Elle raconte avoir été prise, le dimanche précédent, de coliques et de vomissements, après un repas composé d'aliments de difficile digestion (des haricots rouges). La nuit fut mauvaise; mais jusque-là elle se considérait comme atteinte d'une simple indigestion, et du thé fut l'unique médication employée.

« Néanmoins les coliques et les vomissements continuèrent ; la malade n'avait point de selles; une douleur vive était survenue dans la région épigastrique. Tous ces accidents déterminèrent à faire venir un médecin ; celui-ci prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz le mardi, jour de sa première visite.

« La bouteille d'eau de Sedlitz fut prise le mercredi, elle n'amena aucune évacuation; mais, à partir du même jour, des crampes très-remarquables compliquèrent la maladie : ces crampes, en effet, présentaient les mêmes caractères que celles dont sont prises les cholériques. Elles persistèrent, et le médecin engagea alors la malade à se présenter dans un hôpital, convaincu que sa maladie était bien réellement le choléra.

« Tels sont les renseignements qui nous ont été fournis soit par la malade, soit par son mari; au moment de son admission, voici l'état qu'elle présentait : avant tout et par-dessus tout, elle se plaint d'une douleur intolérable dans la région épigastrique, le moindre contact en est impossible; la malade repousse les mains qui en approchent; les vomissements, qui n'ont jamais cessé, continuent toujours; mais les matières n'offrent aucun caractère spécial d'aspect ou d'odeur. La constipation a persisté, le pouls est petit et faible, la face est crispée, les yeux sont profondément enfoncés dans l'orbite, les extrémités sont froides, et la malade demande sans cesse à être réchauffée. Les crampes ont été fréquentes dans la nuit précédente et se renouvellent encore de loin en loin; les urines sont supprimées depuis cinq jours, il n'y a ni tympanite ni ballonnement du ventre.

« M. Bricheteau, qui arrive pour sa visite, examine cette malade et croit reconnaître aussi les signes du choléra; il est surtout frappé de la concentration notable vers la région épigastrique et des crampes; la constipation opiniâtre lui semble également un signe des plus graves; car, s'il ne l'a observée que rarement chez les cholériques, cette exception paraît, d'un autre côté, avoir compliqué les cas les plus funestes. — Application de 25 sangsues sur la région épigastrique; potion anti-émétique de Rivière; frictions sur les membres avec l'alcool camphré; diète.

« M. Tavignot, interne de garde, a vu deux fois la malade dans la journée et a constaté une amélioration notable dans son état. Les sangsues ont diminué la douleur de l'épigastre, les frictions ont ramené la chaleur des extrémités, le pouls s'est relevé. A cinq heures

du soir, je puis constater aussi un soulagement pareil ; mais les vomissements n'ont pas cessé, la constipation s'est prolongée encore, et les crampes ont reparu une fois.

« L'amélioration se maintenait contre toute probabilité et contre tout espoir, lorsqu'à neuf heures du soir la malade a rendu une très-grande quantité de mucosités bronchiques ; M. Tavignot arrive en toute hâte, mais la mort survient immédiatement.

« *Autopsie* trente-six heures après la mort.

« L'ouverture du ventre révèle la cause méconnue de la mort : une anse d'intestin grêle est étranglée et gangrenée ; le péritoine est injecté, mais assez légèrement. Aucune autre altération d'ailleurs. »

Dans ces trois observations, un premier fait est à noter : *c'est l'existence constante d'une constipation absolue pendant toute la durée de la maladie.* Or, si l'on se rappelle combien est rare la constipation dans le choléra, on conviendra que, dans un cas semblable, ce seul fait doit suffire pour éveiller fortement l'attention du médecin. La diarrhée a pu manquer dans ces cas où la terminaison a suivi de très-près le début de la maladie ; mais rien de semblable n'a eu lieu chez la malade de l'hôpital Necker, puisqu'elle avait des coliques, des vomissements et de la constipation, depuis cinq jours déjà avant son entrée à l'hôpital. Il est dit, dans cette même observation, qu'il n'y avait ni tympanite ni ballonnement du ventre ; mais on sait que le ballonnement peut ne pas être considérable quand l'intestin grêle est le siége de l'obstacle, cas dans lesquels les gaz peuvent s'échapper en partie par les voies supérieures. Il en est de même, à plus forte raison, quand l'étranglement siége sur un point élevé de cet intestin. J'ai cherché en vain la vérification de ce dernier fait dans l'observation de M. Bonnefous ; il y est bien dit que c'est l'intestin grêle qui était étranglé, mais le point de cet intestin sur lequel siégeait l'étranglement n'est pas indiqué.

L'état de l'abdomen fournissait des indications plus précises chez les deux autres malades. Dans le fait de M. Archambault, le ventre était légèrement ballonné, il rendait à la percussion un son tympanique, et les circonvolutions intestinales se dessinaient à travers ses parois.

Dans l'observation rapportée par M. Savopoulo, le ventre était ballonné et douloureux dès l'entrée du malade à l'hôpital.

La suppression d'urine est signalée dans un certain nombre d'observations d'étranglement. On peut donner assez facilement la raison de ce fait : lorsque l'étranglement siége sur un point élévé de l'intestin, et que les vomissemnts sont incessants, l'absorption des boissons est nulle ou à peu près, et la sécrétion urinaire diminue, puis se suspend. Ce phénomène a même été, ainsi que je le dirai plus loin, utilisé pour la détermination du siége de l'étranglement. Quant aux crampes, au refroidissement, et à un degré variable de cyanose, il n'est pas rare de les voir indiqués dans les observations des maladies graves de l'abdomen, et en particulier dans les cas d'occlusion intestinale.

De l'étude de ces faits, on doit, je crois, conclure qu'une observation un peu attentive suffira, le plus souvent, pour ne pas confondre l'étranglement interne avec le choléra; cependant, la possibilité de cette erreur étant bien constatée, le médecin devra, toutes les fois que la constipation accompagnera les symptômes cholériques, s'enquérir de toutes les circonstances relatives aux occlusions intestinales, avant d'établir définitivement son diagnostic.

Dysentérie. De toutes les formes d'occlusion intestinale, l'invagination est celle qui peut être le plus facilement confondue avec la dysentérie ; la ressemblance entre ces deux affection a paru, dans quelques cas, tellement parfaite, que les praticiens les plus expérimentés ont pu tomber dans l'erreur.

On en trouve un exemple bien remarquable dans une observation recueillie en 1845, à l'Hôtel-Dieu annexe, par M. Dr Lailler,

alors interne dans le service de M. Legroux : Un homme succomba après voir présenté pendant la vie tous les symptômes de la dysentérie ; l'autopsie démontra l'existence d'une invagination considérable du gros intestin. Les coliques et les selles sanguinolentes avaient fait diagnostiquer une dysentérie, et cependant une circonstance importante aurait pu mettre sur la voie : « il existait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction mal limitée, qui, en haut, remontait dans le flanc du même côté, pour se perdre dans l'hypochondre; elle était dure, ne présentant pas de bosselures manifestes, résistante au toucher, sans fluctuation, peu douloureuse à la pression, complétement mate à la percussion » (Lailler, *Bull. de la Soc. anat.*, 1846).

On le voit donc, si l'analogie peut exister entre la dysentérie et l'une des formes de l'occlusion intestinale, cette analogie n'est pas toujours complète, et, si pareil cas se représentait, l'existence d'une tumeur abdominale, dans le cours d'une dysentérie, serait un fait assez insolite pour éveiller l'attention et mettre sur la voie d'un diagnostic exact.

CHAPITRE II.

Diagnostic spécial.

La multiplicité des lésions qui peuvent produire l'occlusion de l'intestin rend cette partie du diagnostic extrêmement difficile et délicate; non-seulement chacune des variétés ne se manifeste pas avec des caractères qui lui soient exclusifs, mais encore un grand nombre d'entre elles donnent lieu à un ensemble de symptômes, considéré généralement comme à peu près uniforme. Bien des fois déjà, on a essayé de rattacher telle ou telle particularité à l'une des formes de la maladie; mais les résultats de ces recherches ont été presque

constamment nuls ou insuffisants, et beaucoup de médecins sont tellement persuadés de l'impuissance de nos moyens à cet égard, qu'ils laissent complétement de côté cette partie du sujet, et qu'ils regardent comme inutile toute tentative nouvelle faite dans cette direction.

Bien que je ne puisse motiver d'une façon absolue un avis contraire, je ne puis me résoudre à croire que la science ait dit son dernier mot sur ce point. En étudiant attentivement les observations consignées dans les auteurs, on aperçoit, de temps à autre, la possibilité d'établir quelques lignes de démarcation. Pour ma part, j'ai acquis la conviction que si on apportait un plus grand soin dans l'étude des faits particuliers, et si l'on pouvait réunir sur chaque variété un nombre suffisant d'observations bien détaillées, on arriverait à rendre moins obscure cette partie de la question.

Quoi qu'il en soit, il ne peut qu'être utile et intéressant d'examiner à l'aide de quels caractères on pourra reconnaître dans certains cas, soupçonner dans d'autres, que l'on observe telle ou telle variété.

Je passerai successivement en revue dans cette étude :

1° L'occlusion par invagination,

2° L'étranglement proprement dit,

3° L'obstruction intestinale (1),

4° L'oblitération.

En terminant, je me propose d'examiner s'il est possible de donner une réponse satisfaisante aux deux questions suivantes :

1° Est-il possible de reconnaître sur quelle portion du tube intestinal existe l'occlusion?

---

(1) Je comprends avec M. Masson, sous le titre d'*obstruction intestinale,* les cas où la cavité de l'intestin se trouve bouchée par un corps venu au dehors ou développé dans cette cavité même, et sous le titre d'*oblitération intestinale,* ceux dans lesquels la cavité de l'intestin s'efface, plus ou moins complétement, par suite d'altérations siégeant dans les parois elles-mêmes.

2° Peut-on indiquer à quel point de la paroi abdominale correspond la lésion intestinale?

§ Ier.

INVAGINATION.

L'âge des malades, étudié dans les diverses variétés d'occlusion, ne fournit aucun signe sérieux de présomption pour le diagnostic, si ce n'est chez les jeunes enfants: en effet, la fréquence relative de l'invagination à une époque peu avancée de la vie permettra, en présence de symptômes d'occlusion survenant chez un enfant, de penser surtout à cette forme de la maladie.

L'étude des antécédents peut fournir quelques indices plus précis.

Si les accidents d'occlusion surviennent *dans le cours* d'une entérite ou d'une dysentérie, on aura lieu de soupçonner une invagination ; l'existence de l'une de ces deux affections dans les *antécédents* indiquerait plutôt un rétrécissement.

On ne peut tirer aucune indication positive du mode de début: on sait, en effet, que les accidents dus à une invagination se manifestent quelquefois d'une manière brusque, et d'autres fois d'une manière lente et graduelle.

La douleur vive, le développement rapide des accidents, se rapportent surtout à la variété la plus fréquente, l'invagination du gros intestin.

Il est très-important de noter que la constipation est rarement absolue *dès le début;* on la voit quelquefois alterner avec un peu de diarrhée, qui peut devenir sanguinolente à une période avancée de la maladie; l'hémorrhagie intestinale est de la plus haute importance pour le diagnostic de l'invagination chez les enfants.

Tout le monde connaît le signe indiqué par Dance et tiré de la forme spéciale de l'abdomen : la fosse iliaque droite n'a plus sa ré-

nitence normale, elle est très-dépressible ; du côté gauche au contraire, on remarque un relief plus ou moins considérable, et la palpation donne en ce point une sensation de dureté insolite.

Lors même que les anses de l'intestin grêle viendraient prendre, comme on l'a dit, la place du gros intestin, l'existence de cette tumeur dans la fosse iliaque gauche n'en conserve pas moins une grande importance pour le diagnostic.

Chez les enfants, le diagnostic est plus difficile encore que chez l'adulte ; la maladie est loin cependant d'être toujours méconnue. La rapidité du début et l'existence de selles sanguines avec vomissements incessants, ballonnement du ventre, et dépression rapide et profonde des forces, sont des signes qui méritent la plus grande considération, et le diagnostic sera bien près de la certitude, si l'on constate une tumeur dans l'abdomen. L'observation suivante, quoique très-courte, donne assez fidèlement le tableau des symptômes caractéristiques :

« Un très-bel enfant, âgé de 6 mois, est saisi, à la suite d'un léger dévoiement, de symptômes d'étranglement ; il crie, donne des signes de souffrance extrême, vomit et est constipé ; les cris se renouvellent par accès.

« A l'examen, M. Cunningham trouve une tumeur profonde dans la région iliaque gauche ; il reconnaît une invagination intestinale, et prescrit : 1° un lavement huileux ; 2° un bain tiède, prolongé jusqu'à la syncope ; 3° 2 sangsues sur la tumeur.

« Les symptômes ont continué, les vomissements sont devenus stercoraux ; l'enfant a rendu du sang par le rectum, et le troisième jour il a succombé.

« A l'autopsie, on a trouvé le cæcum et l'iléon invaginés dans le rectum dans la longueur de 6 centimètres ; la portion invaginée était noire ; le reste du canal intestinal était enflammé, et distendu par des matières fécales et par des gaz. » (*The London med. gaz.*, et *Gaz. méd.*, 1838.)

L'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche est spéciale à l'invagination du gros intestin. Ainsi que l'a fait remarquer M. le Dr Bucquoy (in *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, 1857), dans les invaginations de l'intestin grêle, comme la tumeur peut avoir son siége dans les points les plus divers de son étendue, on ne pourra plus tirer aucune indication spéciale de la place qu'elle occupe.

L'observation rapportée dans le mémoire de M. Bucquoy me paraît de nature à jeter un certain jour sur ce point de la question; j'aurais désiré la transcrire en entier, mais les limites de ce travail m'obligent à n'en prendre que le résumé.

« Un jeune homme de 21 ans, garçon de cuisine, entre, le 22 avril 1853, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. Depuis trois ans qu'il est à Paris, il a l'habitude de faire de fréquents excès alcooliques, et, il y a deux ans, il a vu un ou plusieurs lombrics en allant à la selle.

« Jusqu'au mois de juillet de l'année dernière, ce jeune homme jouissait d'une bonne santé; pris alors subitement de coliques violentes et de vomissements répétés, il fit un séjour de trois mois à l'hôpital Sainte-Marguerite, d'où il ne sortit qu'incomplétement guéri.

« A la fin du mois de mars, les mêmes accidents se reproduisent; de plus, il existe, entre la fosse iliaque et l'hypochondre gauches, une tumeur assez volumineuse faisant saillie au-dessus, au niveau de la paroi abdominale. Le malade entre à l'hôpital Necker, d'où il sort soulagé au bout de douze jours.

« Après une amélioration de courte durée, il vient à l'Hôtel-Dieu, où nous le trouvons se roulant dans son lit, en proie à des coliques très-violentes; son habitude extérieure exprime la souffrance, le corps est amaigri, la peau d'une teinte terreuse; pouls à 64, sans chaleur à la peau; nausées continuelles, hoquet par intervalles, vomissements abondants de matières verdâtres.

« Le ventre est rétracté, avec tension des muscles abdominaux ; la palpation, qui est très-douloureuse, fait reconnaître, entre l'hypochondre gauche et la fosse iliaque du même côté, une tumeur ovoïde, résistante, et donnant de la matité à la percussion ; la fosse iliaque droite n'est pas plus dépressible qu'elle ne l'est ordinairement ; constipation opiniâtre, habituelle ; pas d'appétit, soif vive ; langue nette et humide.

« Les jours suivants, l'état du malade ne subit pas de modification bien notable ; la constipation fut vaincue par des purgatifs répétés, donnés tant en lavements que par la bouche ; jamais de mucosités sanguinolentes dans les garde-robes.

« Dans les premiers jours de mai, il y eut de l'amélioration ; les vomissements cessèrent, ainsi que les nausées ; les coliques ne reparurent plus qu'à de rares intervalles ; la tumeur elle-même, qui jusque-là restait saillante, sembla disparaître ; mais, dans le point correspondant, on reconnut toujours de la résistance, et la percussion donna toujours de la matité.

« Dans la nuit du 13 au 14 mai, tous les accidents décrits précédemment reparurent brusquement et persistèrent jusqu'au jour de la mort, qui arriva le 3 juin. La tumeur était redevenue saillante comme par le passé ; l'amaigrissement ne cessa de faire des progrès, de sorte qu'il mourut dans le dernier degré du marasme.

« Jusqu'à la fin, le malade fut sans fièvre ; les deux derniers jours, il y eut un refroidissement de toute la surface cutanée.

« L'*autopsie* fit reconnaître que la tumeur observée pendant la vie était formée par une invagination descendante et triple de l'intestin grêle, à sa partie supérieure. La tumeur commençait à $0^m,63$ du pylore, et mesurait $0^m,29$ dans son plus grand diamètre ; sa circonférence était de $0^m,15$. Dans son épaisseur, l'intestin se repliait sept fois sur lui-même, de sorte qu'elle était constituée par sept couches d'intestin grêle emboîtées, et comprenait environ 2 mètres de cet organe. Le bout supérieur de l'intestin invaginé formait un canal

central, et, bien que notablement rétréci, il permettait encore le passage des matières. A part un peu d'épaississement des deux cylindres les plus internes dans la partie qui dépassait ceux qui étaient plus extérieurs, on ne trouvait aucune altération notable de l'intestin; pas de traces d'inflammation ni de gangrène, pas même d'adhérence entre les séreuses en contact; le mésentère avait suivi les portions d'intestin invaginées, mais il n'avait subi d'autre altération qu'un allongement et un plissement tout mécaniques. »

L'existence d'une tumeur bien appréciable et son siége bien déterminé méritent dans ce cas la plus grande attention; j'aurai plus loin à revenir sur ce sujet.

§ II.

ÉTRANGLEMENT PROPREMENT DIT.

Les données positives font ici presque complétement défaut, et cependant, en procédant par voie d'élimination, en interrogeant les circonstances antérieures et celles dans lesquelles s'est développée la maladie, on arrive quelquefois à porter un diagnostic exact; d'ailleurs la fréquence relative de ce mode d'occlusion viendra, en l'absence des signes propres aux autres variétés, augmenter la somme des probabilités.

Le début est le plus souvent marqué par une douleur excessivement vive, déchirante, dans un point plus ou moins circonscrit de l'abdomen, douleur qui se déclare d'une manière brusque, quelfois sans cause appréciable, plus souvent à la suite d'un effort violent, d'un écart de régime ou d'une indigestion. Dans quelques cas, rares il est vrai, le début des accidents est obscur, la marche de la maladie est très-lente; M. le professeur Cruveilhier en a observé un des exemples les plus remarquables.

Si, dans les antécédents du malade, on reconnaît les indices d'une

péritonite plus ou moins ancienne, on sera porté à penser que les accidents sont dus à un étranglement par brides ou adhérences ; sinon on aura droit de soupçonner soit une torsion ou un déplacement de l'intestin, soit son passage à travers une ouverture anormale.

D'après M. Parise : « La manifestation brusque des accidents, une douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cæcum, le ballonnement limité à cette région, l'absence de toute circonstance capable de faire croire à l'existence de corps étrangers, de brides pseudo-membraneuses, de rétrécissement organique, d'invagination, etc. ; tels sont les signes qui peuvent faire reconnaître l'étranglement par nœud diverticulaire. »

§ III.

OBSTRUCTION INTESTINALE.

Dans cette variété, l'étude des antécédents et la connaissance des conditions dans lesquelles peuvent se développer certaines concrétions du tube digestif ou de ses annexes sont d'un grand secours pour le diagnostic ; il est important aussi de se rappeler que la maladie est ici souvent complexe, et qu'il n'est pas nécessaire que le corps étranger ait acquis un volume considérable, son arrêt dans le tube digestif pouvant être favorisé ou causé par un rétrécissement.

Il y aura donc toujours utilité à s'enquérir, dans un cas d'occlusion, des circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie, à interroger avec soin les malades sur les aliments qui ont été pris dans les derniers temps. Les questions doivent être pressantes ; car, dans la classe peu éclairée surtout, les malades, pour une raison ou pour une autre, fournissent des renseignements inexacts. On trouvera souvent, dans les antécédents, l'existence de troubles digestifs, d'alternatives de diarrhée et de constipation. Dans le cas particulier

d'obstruction par amas de matières fécales, le malade aura souvent rendu, à plusieurs reprises, des matières dures formant quelquefois un bouchon considérable (ce fait n'est pas rare chez les vieilles femmes). Enfin on arrivera à la certitude, si l'on constate en un point de l'abdomen une tumeur pâteuse et susceptible de déformation.

Vers intestinaux. On sait positivement aujourd'hui que les vers intestinaux peuvent, réunis et pelotonnés en grand nombre, obturer le calibre de l'intestin.

Dans ces cas, le malade fournira quelquefois des indications spéciales. On connaît le cas de Requin : un homme succomba, dans le service de ce regrettable médecin, à des accidents non douteux d'occlusion intestinale. Pendant la durée de sa maladie, cet homme raconta qu'il avait rendu autrefois un grand nombre de vers lombrics, et il disait sans cesse que c'étaient encore les vers qui étaient cause de son mal. A l'autopsie, on trouva deux paquets d'ascarides lombricoïdes, l'un dans l'endroit où l'intestin grêle peut indifféremment s'appeler jéjunum ou iléon, l'autre vers le milieu du côlon transverse.

Dans le fait suivant, publié par le Dr Linoli, on voit ces indications précises, mises à profit par le médecin, éclairer le diagnostic et le diriger dans l'emploi des ressources thérapeutiques.

Un homme de 40 ans avait, à l'âge de 11 ans, rendu en deux jours 120 lombrics.

En septembre 1850, coliques vives et sensation de déchirement intérieur; ventre tendu, fièvre, constipation. (Huile de ricin et 6 grains de gomme-gutte.) Issue, au bout de plusieurs jours, d'un nombre total de 160 lombrics.

Trois ans après, 24 décembre 1853, nouvelles coliques ayant leur maximum d'intensité dans la région iliaque droite, où l'on recon-

naît une tumeur dans laquelle on croit percevoir à la main des mouvements vermiculaires.

Constipation, fièvre, nausées.

On pratique une saignée, et, sous l'influence de la gomme-gutte et de la santonine (un peu plus de 1 gramme), le malade rend 186 vers lombrics.

Le 28, la tumeur avait disparu; la santé se rétablit. (*Giornale d. s. med. d. r. Acad. med.-chir. di Torino*, 1854.)

M. Dechambre (*Gazette hebd.*, 1854) a fait suivre cette observation de réflexions judicieuses, que je ne puis mieux faire que de transcrire : « Assurément ce n'est pas de la quantité d'ascarides rendus par les selles qu'on doit inférer ici l'existence d'un iléus; on en a trouvé plusieurs centaines chez des individus dont les garde-robes n'étaient pas supprimées. Mais le volume total du corps étranger importe moins que son siége et que la manière dont il se dispose dans la cavité intestinale. Tout fait présumer que, dans le cas cité, la masse était arrêtée à la valvule de Bauhin, c'est-à-dire dans un lieu où l'aire intestinale se rétrécit, prend la forme d'une boutonnière, et où les matières ont à remonter contre leur propre poids.

« En fait, la constipation s'établit à partir de l'invasion des coliques et en même temps qu'une tumeur se forme à la région iliaque droite; elle dure cinq jours. Au moment où elle va céder à l'action de purgatifs répétés et d'un vermifuge, on sent la tumeur grouiller sous la main, et quand les ascarides ont été rendus, la tumeur disparaît. Que ce ne soit pas là une occlusion bien solide, d'accord; mais on cherche comment pourrait être mieux établie la réalité de l'occlusion.

« Nous ferons ressortir en même temps le parti qu'on pourrait tirer, pour le diagnostic, de la sensation particulière qu'on éprouvait en pressant sur la tumeur, si cette sensation était assez caractérisée pour accuser les mouvements confus d'un paquet de vers; mais cette sensation est-elle autre chose que celle d'une crépitation produite

par la présence de l'air, comme on en constate fréquemment dans les tumeurs où l'intestin est engagé ? Ce qui nous inspire ce doute, c'est que c'est précisément sous la dénomination de crépitation emphysémateuse qu'a été signalée déjà par d'autres auteurs la sensation résultant du contact des tumeurs vermineuses, notamment par M. le Dr Ménard » (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1836).

Calculs biliaires. La connaissance des antécédents acquiert ici une importance de premier ordre. En effet, avant qu'un calcul biliaire d'un certain volume ait pu s'engager, d'une façon ou d'une autre, vers l'intestin, il s'est manifesté des accidents bien connus et dont le malade peut toujours rendre compte d'une manière satisfaisante.

Il y a aujourd'hui dans la science 6 observations bien authentiques d'accidents d'occlusion produits par des calculs biliaires; la dernière appartient à M. Marotte, qui en a donné communication à la Société des hôpitaux.

« Dans ce fait, a dit M. Marotte, les symptômes déterminés par l'arrêt du calcul dans les intestins grêles sont remarquables par leur similitude avec les symptômes énumérés dans les 5 observations dues à MM. Mayo, Monod, Renaut, Broussais, et Puy-Roger.

« Invasion subite des accidents ; apparition d'une violente douleur addominale, qui revient d'abord, sous forme de coliques, chez un malade, douleur bientôt suivie de vomissements, qui reviennent assez brusquement, et qui sont enrayés, mais non suspendus, par la glace et par les narcotiques. Les matières vomies, d'abord alimentaires, puis bilieuses, deviennent rapidement verdâtres, puis d'un jaune verdâtre, et enfin stercorales. L'identité est plus complète encore pour les symptômes locaux. Le résumé très-exact, fait par M. Fauconneau-Dufresne, rappelle exactement ceux de mon observation : abdomen très-douloureux et ballonné à l'épigastre et dans les parties supérieures, plat et comme empâté dans sa partie inférieure ; constipation constante. »

Corps étrangers divers, concrétions, etc. Certaines circonstances spéciales pourront, dans ces cas, mettre sur la voie du diagnostic. Outre les corps étrangers les plus divers, on a vu obturer le calibre de l'intestin des masses de cheveux ou de fibres végétales enroulées autour d'un noyau quelconque. Ces masses peuvent encore être formées par les poils des caryopses de l'avoine, les enveloppes de fruits, les pelures de la pomme de terre et en particulier celles de la pomme de terre malade, des magmas de magnésie chez des individus qui font usage avec abus de ce traitement; de l'albumine concrète, du caséum chez les enfants, etc.

Suivant M. le professeur Cloquet, les manifestations symptomatiques le plus souvent observées dans ces cas sont :

« Douleur fixe, profonde, accompagnée quelquefois de sensations bizarres, telles que celle d'une boule remontant dans l'œsophage, d'un poids comprimant les viscères, etc.

« Hoquet, vomissements muqueux et bilieux ; selles diarrhéiques, séreuses, sanguinolentes, entraînant quelquefois des parcelles de corps étrangers, alternant avec une constipation opiniâtre.

« Dans un certain nombre de cas, la palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur, variable en consistance suivant la nature de la maladie, s'accompagnant le plus ordinairement d'une douleur locale. » (*Mémoire sur les concrétions intestinales.*)

§ IV.

OBLITÉRATION INTESTINALE.

L'existence, *dans les antécédents*, d'une fièvre typhoïde, d'une entérite, d'une dysentérie, d'une hernie étranglée opérée ou non, d'une plaie ou seulement d'une forte contusion de l'abdomen, peuvent, chez un malade atteint d'occlusion, éveiller l'attention sur l'existence d'une oblitération intestinale. On devra aussi interroger le malade au point de vue de la syphilis.

La marche de la maladie est en général lente, et dans un bon nombre de cas le rétrécissement intestinal s'est manifesté, longtemps à l'avance, par des troubles intestinaux, alternatives de diarrhée et de constipation, matières filées, etc.

Mais, malheureusement pour la certitude du diagnostic, ces signes sont loin d'être constants. En effet, des troubles fonctionnels peuvent se manifester longtemps à l'avance, dans les cas d'invagination se développant lentement. Quant aux matières filées, on ne peut les constater que dans le cas où le rétrécissement siége fort bas; dans le cas contraire, les matières fécales pourront ne présenter aucune forme particulière.

Les signes extérieurs de la cachexie cancéreuse, se réunissant à quelques-uns des signes énoncés plus haut, devront être pris en grande considération; mais, ainsi que le fait si justement remarquer M. Masson (*loc. cit.*), il est certains cas qui échappent complétement même à un examen attentif. On a vu, en effet, des accidents d'occlusion débuter subitement chez des individus qui n'avaient éprouvé que des troubles digestifs vagues, dans les cas même où il semble qu'il doive être le plus facile de reconnaître la nature de l'occlusion, c'est-à-dire dans les cas de rétrécissement cancéreux.

Le cachexie cancéreuse, qui, en l'absence d'indices locaux positifs, aurait pu mettre sur la voie, a complétement manqué dans un assez bon nombre de cas.

Il faut dire cependant que ce n'est pas la règle et que la nature de la maladie n'a pas toujours été méconnue.

Dans le cas où l'oblitération a son siége à la fin du tube digestif, le toucher, le cathétérisme, et les injections régularisées, comme je l'indiquerai en parlant du traitement, pourront être d'un très-grand secours.

§ V.

DÉTERMINATION DE LA PORTION D'INTESTIN SUR LAQUELLE SIÉGE L'OBSTACLE.

La forme du ventre, le degré du météorisme, la nature et la quantité des vomissements, l'époque de leur apparition, la quantité d'urine excrétée, les injections, la quantité de liquide que l'on peut faire pénétrer dans le gros intestin : tels sont les éléments principaux que l'on doit réunir pour éclairer la diagnostic à ce point de vue.

Forme du ventre. Tout le monde connaît les indications données à ce sujet par M. le professeur Laugier : « Lorsque l'oblitération intestinale a son siége dans le gros intestin, dès le principe, la distension du ventre est portée à un degré considérable ; avant tout phénomène inflammatoire, l'abdomen est fort distendu d'une manière générale et sans douleurs vives à la pression. Lors, au contraire, que l'oblitération existe dans l'intestin grêle, on observe, pendant un temps assez long après le commencement des accidents, un ballonnement du ventre plus ou moins circonscrit aux environs de l'ombilic, tandis que la région occupée par le côlon ascendant transverse ou descendant est d'autant plus déprimée et souple que le bout inférieur s'abaisse et revient sur lui-même. La localisation et le degré du météorisme peuvent donc, dans la première période, éclairer sur le siége de l'étranglement intestinal. Si même, après plusieurs jours, les flancs et la région épigastrique sont restés flasques et sans douleur, cela forme un signe négatif qui a une grande valeur pour placer le gros intestin dans le bout inférieur. »

Ces indications ont la plus grande valeur en effet, et on en aurait plus souvent constaté la justesse, si l'on avait, dans toutes les observations, noté, avec quelques détails, la forme du ventre. Dans les trois faits que je rapporte à la fin de ce travail, les caractères

étaient assez tranchés pour que ce point de diagnostic ne fût pas douteux pendant la vie.

1re *observation*. Obstacle à l'S iliaque du côlon : soulèvement de la paroi abdominale dans toute son étendue, météorisme énorme.

2e *observation*. Obstacle sur l'iléon : ventre médiocrement distendu, saillant seulement dans sa partie médiane; les régions latérales et la région supérieure ne participent que très-peu à la distension.

3e *observation*. Obstacle sur l'iléon : le ventre est dur et tendu; sa forme est régulièrement globuleuse dans toute la partie moyenne des régions ombilicale et hypogastrique ; autour de cette saillie, sur les côtés et en haut, la paroi abdominale est tendue, mais non pas soulevée sur place, et l'on peut facilement apprécier les saillies du bassin et le rebord des fausses côtes ; en un mot, la forme de l'abdomen présente la plus grande analogie avec celle que l'on observe dans les cas de distension considérable de la vessie.

Vomissements. Dans un remarquable travail intitulé *Mémoire sur une cause peu connue d'engouement interne de l'intestin*, M. le Dr Cossy (1) a recherché s'il était possible de déterminer pourquoi, dans les cas d'obstacle à la circulation stercorale, tantôt il y a des vomissements de matières intestinales, tantôt des vomissements simplement bilieux.

« Pour étudier cette question, dit M. Cossy, j'ai rassemblé indistinctement des observations d'obstacle quelconque au cours des matières stercorales (hernies étranglées ou engouées, invaginations, brides, etc.) ; et, je dois le dire ici, pour ceux qui prétendent que la

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III.

science est suffisamment riche en faits bien observés, c'est que parmi les nombreuses observations de ce genre disséminées dans la collection entière des *Archives générales de médecine*, le supplément d'Ollivier (d'Angers) au traité des hernies de Scarpa, le traité des hernies de l'abdomen d'Astley Cooper, qui, à lui seul, ne contient pas moins de 206 observations, et dans plusieurs autres travaux, je n'ai pu réunir que 41 faits, non pas complets, tant s'en faut, mais contenant toutefois l'indication du siége et de la nature des matières rejetées par les vomissements. En réunissant aux faits en question 5 des 6 observations de ce mémoire (la 5e obs. étant éliminée, faute de détails suffisants), nous arriverons au chiffre de 46 observations que j'ai utilisées pour la recherche de cette question.

« Sans entrer dans tous les détails de l'analyse des faits en question, je dirai tout d'abord que je n'ai trouvé aucun rapport évident de causalité entre la présence ou l'absence des vomissements stercoraux et l'une des circonstances suivantes :

1° La durée plus ou moins considérable de la stase stercorale ;

2° Sa formation plus ou moins rapide ;

3° L'existence ou la non-existence d'une complication de péritonite aiguë.

« La nature de l'obstacle qui entrave la circulation de l'intestin semblerait également n'avoir pas une grande influence au point de vue qui nous occupe, ainsi que l'indique le tableau suivant :

NATURE DE L'OBSTACLE.	NOMBRE DE CAS.	VOMISSEMENTS	
		stercoraux.	non stercoraux.
Invagination	14	7	7
Étranglement	22	12	10
Engouement	8	1	7
Rétrécissement organique	2	1	1
Total	46		

« Ce tableau n'a pas besoin de commentaires, car un simple coup d'œil suffit pour faire voir que les vomissements stercoraux existaient ou manquaient à peu près indifféremment dans chaque groupe de faits; il faut excepter toutefois ce qui est relatif aux cas d'engouement, qui, s'ils étaient plus nombreux, établiraient la rareté plus grande des vomissements stercoraux dans ce genre d'obstacle que dans les autres.

« Le tableau suivant, dans lequel les mêmes faits sont groupés d'après les considérations du siége de l'obstacle, nous fournit des résultats qui ne sont ni sans intérêt ni sans importance.

SIÉGE DE L'OBSTACLE.	NOMBRE DE CAS.	VOMISSEMENTS	
		stercoraux.	non stercoraux.
1° Un des points de la moitié supérieure de l'intestin grêle.....	9	9	»
2° Un des points de l'iléon.....	27	9	18
3° Un des points du gros intestin.	10	4	6
Total.	46		

« Il résulterait de ce tableau que, lorsque l'obstacle occupe la partie inférieure de l'intestin grêle ou le gros intestin, les vomissements stercoraux auraient lieu dans le *tiers* des cas; tandis qu'on les observerait *toujours* lorsque l'obstacle, plus rapproché de l'estomac, occuperait la moitié supérieure de l'intestin grêle.

Sans doute, il y a lieu d'éviter de tirer des conclusions prématurées d'un nombre de faits aussi restreint; mais il est néanmoins permis de se demander si cette constance des vomissements stercoraux, lorsque l'obstacle a son siége dans le haut de l'intestin grêle, ne tient pas à autre chose qu'à une circonstance fortuite; si elle n'a

pas sa raison d'être dans le peu d'espace qu'offre alors la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle, pour contenir les matières dont la circulation est interrompue.

«Si des faits plus nombreux venaient, comme je suis porté à le croire, confirmer ces premiers résultats, il y aurait lieu d'étudier, avec un soin extrême, les diverses circonstances relatives aux vomissements stercoraux; car, d'après quelques faits trop incomplets sans doute et en trop petit nombre pour faire preuve, ces vomissements présenteraient, suivant que l'obstacle aurait son siége soit dans l'iléon ou dans le gros intestin, soit dans le jejunum, des différences marquées. Dans ce dernier cas, ces vomissements seraient plus abondants, plus rapprochés, plus persistants, et *surtout* suivraient de très-près le début de la stase stercorale.

«Tout ceci d'ailleurs demande à être vérifié; mais le lecteur conviendra qu'il y a, dans tout ce qui précède, des raisons suffisantes pour faire espérer que l'application du procédé numérique à des faits plus nombreux et moins incomplets que ceux que j'ai pu réunir pourrait bien conduire à des données d'une haute importance au point de vue du diagnostic.

La quantité d'urine est habituellement diminuée dans les cas d'étranglement, comme je l'ai déjà dit plus haut. Et cependant ce fait n'est signalé que dans un petit nombre d'observations; il a surtout attiré l'attention des médecins anglais, qui jugent que l'obstacle siége fort bas, si la quantité d'urine rendue reste la même, et soupçonnent, au contraire, qu'il ne reste qu'une petite portion de l'intestin au-dessus de l'étranglement dans les cas où les reins ne sécrètent qu'une quantité très-minime d'urine. Ces indications, si peu concluantes qu'elles puissent paraître, n'en ont pas moins une certaine valeur lorsqu'elles se réunissent à d'autres caractères et concordent avec eux. Les observations consignées dans les divers recueils publiés en France sont presque toutes muettes sur ce point. Il serait à désirer, je crois, que les observateurs voulussent bien fixer leur attention

sur ce point, car rien ne doit être négligé dans une affection dont le diagnostic reste si souvent indéterminé.

§ VI.

DÉTERMINATION DU POINT DE LA PAROI ABDOMINALE AUQUEL CORRESPOND LE SIÉGE DE L'OBSTACLE.

On n'attache, en général, qu'une assez médiocre importance à la recherche de ce point, qui, je le reconnais, est un des plus difficiles à déterminer, et c'est sur cette difficulté, regardée comme insurmontable, que l'on a basé un des principaux arguments contre la gastrotomie. Il n'est pas douteux, en effet, que fort souvent l'on ne peut constater l'existence d'aucune tuméfaction ou tumeur ni par la palpation ni par la percussion, et que le malade accuse le maximum des douleurs qu'il éprouve en un point de l'abdomen qui n'est pas celui où l'on constate, plus tard, anatomiquement, l'existence de l'occlusion ; cependant il n'en est pas moins vrai que dans un certain nombre de cas, on constate parfaitement l'existence d'une tumeur, et que ses rapports avec les parois abdominales peuvent être exactement précisés. On en trouve un des plus remarquables exemples dans l'observation de M. Bucquoy, dont j'ai rapporté plus haut le résumé ; il en était de même encore chez le malade du Dr Reali.

En l'absence d'une tumeur, on peut tirer des indications très-précieuses, à mon avis, de l'existence d'une douleur *spontanée et persistante* en un point de l'abdomen. Pour constater ce fait exactement, il faut interroger le malade à plusieurs reprises, et ne pas se contenter d'une indication de la région douloureuse, mais la faire indiquer avec *un doigt*.

J'ai pu réunir sans difficulté plusieurs cas dans lesquels le siége de l'occlusion est indiqué, pendant la vie, par une douleur spontanée et persistante, le plus souvent, en un point de l'abdomen.

Voici l'indication de quelques-uns d'entre eux :

1° Douleur siégeant un peu au-dessus du ligament de Fallope, à droite : entérotomie. L'incision tombe sur l'obstacle, qui est détruit avec le doigt. (Nélaton, 29 novembre 1852.)

2° Douleur derrière le pubis; rétrécissement et corps étranger de l'*S* iliaque (Dr Dal Lago, *Gaz. méd.*, 1843).

3° Douleur à droite de l'ombilic; adhérence de l'iléon au côlon transverse, à droite (Mannoury, thèse de Paris).

4° Douleur siégeant à deux travers de doigt de l'ombilic; rétrécissement du jejunum correspondant au point douloureux (mémoire d'Hévin).

5° Douleur dans la région cæcale; étranglement sous-cæcal de l'intestin grêle (Rieux, thèse de Paris).

6° Douleur persistante à la partie supérieure et gauche de l'abdomen; torsion sur place à l'angle gauche du côlon (Géry, 4e obs. de cette thèse).

7° Douleur à la région cæcale; étranglement par diverticule de la fin de l'intestin grêle (Rieux, *loc. cit.*).

8° Douleur sur le milieu d'une ligne menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche; compression de l'intestin grêle gauche (3e obs. de cette thèse).

Quelle que soit la valeur que l'on attache à ces faits, il m'a semblé qu'on ne pouvait se refuser à les prendre en considération. En effet, quoique la gastrotomie ne soit pas en honneur aujourd'hui, il y aura certainement avantage, dans certains cas, à élucider ce point de la question, ainsi qu'on arrive à le reconnaître en étudiant la partie chirurgicale du traitement des occlusions de l'intestin.

CHAPITRE III.

Traitement.

Pour étudier avec ordre cette partie de la question, il y a, je crois, avantage à adopter la division suivante, établie par M. Rieux : 1° traitement mécanique, 2° traitement médical, 3° traitement chirurgical.

Dans la première partie, viennent se ranger tous les moyens destinés à agir physiquement sur l'obstacle, d'une manière médiate ou immédiate et indépendamment de toute action vitale : corps pesants, destinés à agir par leur poids de haut en bas, et introduits par l'extrémité supérieure du tube digestif; cathétérisme, douches ascendantes, injections liquides ou gazeuses, évacuation des gaz par la pompe aspirante, ventouses sèches, massage.

Dans la deuxième section, moyens médicaux proprement dits : émissions sanguines générales ou locales, purgatifs, opium, belladone, tabac, strychnine, secousses électriques, réfrigérants, anesthésiques.

Dans la troisième partie enfin, j'étudierai les ressources qu'offre la chirurgie, savoir : la gastrotomie, l'entérotomie, l'anastomose intestinale (Maisonneuve), la ponction abdominale, qu'il faut subdiviser en ponction avec un trois-quarts en aiguille, destinée à donner issue seulement aux gaz (Labric, thèse de Paris, 1852), et ponction avec un trois-quarts volumineux, destinée à donner issue à la fois aux gaz et aux matières intestinales (*Gaz. hebdom.*, 1857).

§ Ier.

MOYENS MÉCANIQUES.

Le mercure coulant, le plomb de chasse, les balles, ont été employés, un grand nombre de fois et dans certains cas, avec un succès incontestable; cependant ces moyens sont aujourd'hui, généralement et à juste titre, considérés comme dangereux, et par suite inusités.

Cathétérisme. L'introduction de sondes plus ou moins volumineuses dans le gros intestin a été employée fort souvent, et l'on conçoit combien ce moyen pourrait être utile dans les cas où la lésion siége dans la portion la plus inférieure du tube digestif, pour donner issue aux gaz et permettre l'introduction des liquides à une certaine profondeur; mais cette pratique n'a jamais été régularisée, et on ne trouve nulle part d'indication précise, relative à son mode opératoire: aussi les tentatives échouent-elles le plus souvent, alors même qu'aucun obstacle physique ne s'oppose à la réussite. La sonde pénètre dans l'étendue de 10 à 12 centimètres, puis elle se courbe sur elle-même dans l'ampoule anale. Chez la malade qui fait le sujet de ma 1re observation, j'ai répété ces tentatives avec beaucoup de persévérance, et je n'ai jamais pu faire dépasser à la sonde le niveau du promontoire du sacrum. J'ai, du reste, souvent entendu dire que des tentatives faites par de plus habiles que moi avaient été également infructueuses. On trouve, il est vrai, un certain nombre d'observations dans lesquelles il est dit que la sonde a pénétré beaucoup plus loin. Je suis loin de nier le fait, puisqu'il est physiquement possible; mais je crains qu'on ne soit pas mis toujours en garde contre la cause d'erreur que je viens de signaler.

Quoi qu'il en soit, l'introduction des sondes dans le gros intestin réclame la plus grande prudence et les plus grandes précautions,

surtout à une époque avancée de la maladie. Chez la malade que j'ai citée tout à l'heure, les ulcérations profondes, constatées par l'autopsie, au niveau de l'étranglement, auraient été certainement le siége d'une perforation, si la sonde était venue arcbouter contre elles.

Injections liquides, douches ascendantes. Cette classe de moyens est de première importance dans les cas où la lésion dépend du gros intestin ; elle compte un certain nombre de succès, et cependant son emploi est encore trop souvent négligé. Ici encore l'absence de règles pratiques et d'indications précises, ou plutôt leur non-vulgarisation, fait perdre au médecin une de ses plus précieuses ressources. En effet, dans les cas d'invagination du gros intestin, de rétrécissement ou d'obstruction, une colonne de liquide, poussée avec une force suffisante, pourrait arriver à lever l'obstacle. Dans l'invagination, s'il n'y a pas encore d'adhérences, la partie invaginée pourra être refoulée; s'il existe des adhérences, le liquide pourra se frayer une route par le canal central, délayer les matières situées au-dessus et faciliter leur issue. L'injection agira par un mécanisme analogue dans les cas de rétrécissement. Enfin, dans les cas de concrétions, d'accumulation de matière fécale, ces injections, faites avec persévérance, finiront par morceler et détacher l'obstacle.

Mais, ainsi que je l'ai vérifié à plusieurs reprises, il serait impossible d'arriver à ces résultats avec les moyens que l'on a en général à sa disposition dans la pratique ; dans les hôpitaux même, les irrigateurs, les appareils à douches ascendantes, sont tout à fait insuffisants. A une époque surtout où le malade est déjà très-affaibli, le sphincter anal s'applique mal sur le tube d'introduction, et le liquide s'écoule au dehors au fur et à mesure qu'on pousse l'injection.

Pour remédier à l'insuffisance de ces moyens, M. le professeur Cloquet a depuis longtemps proposé l'emploi d'un tube conique qui assure l'introduction d'une quantité de liquide donnée. On trouve

dans le mémoire de ce savant professeur, sur les concrétions intestinales, l'exposé d'expériences faites à ce sujet sur le cadavre, expériences destinées à démontrer positivement l'effet produit par l'injection sur la masse intestinale, et les limites de la quantité d'eau que l'on peut introduire sans produire de désordres.

De ces expériences, il résulte :

« Que le gros intestin peut être complétement rempli, sans que le tube conique laisse rien échapper ;

« Qu'on peut toujours, sans aucun inconvénient, introduire 2 litres de liquide chez l'adulte ;

« Que l'injection a pour effet de dilater le gros intestin dans toute sa longueur, d'en effacer les courbure et les angles, de détacher de ses parois les corps durs qui y adhèrent, et de les entraîner vers le rectum, lorsqu'on laisse sortir brusquement le liquide.

« Cette injection constitue d'ailleurs une véritable opération chirurgicale, qui ne peut être exécutée que par une main exercée, par le chirurgien lui-même ; du reste, ce n'est que par une série d'injections semblables, souvent répétées et à doses croissantes, qu'on peut espérer d'obtenir l'expulsion définitive du corps étranger. »

L'emploi des injections d'air pourrait être régularisé par le même procédé et avec des appareils appropriés.

Dans quelques cas, on a obtenu la cessation des accidents en donnant issue aux gaz au moyen d'une pompe aspirante. Malgré ces résultats heureux, je n'aurais pas recours à cette pratique sans quelque appréhension; dans tous les cas, ce moyen devrait être mis absolument de côté, si l'on avait lieu de soupçonner l'existence d'une invagination.

Massage. Suivant M. Bouvier, le massage, la malaxation des parois abdominales, employés dans le but de déplacer un obstacle, ne sont pas chose nouvelle ; « c'est, dit ce savant médecin, un moyen employé usuellement à Stockholm et à Berlin, où l'on prétend traiter

méthodiquement, par le massage et avec succès, la constipation et les étranglements. »

Ce moyen a été le plus souvent dirigé contre les tumeurs stercorales, qu'on cherche ainsi à ramollir et à morceler.

M. Marotte a insisté particulièrement sur l'utilité qu'on en pourrait retirer dans les cas où les accidents dépendent de la présence de calculs biliaires.

« Ce qui constitue, a-t-il dit, le véritable intérêt de mon observation, c'est le déplacement du corps étranger après l'exploration de l'abdomen, comme chez le malade du Dr Marjo, déplacement qui s'est accompagné, dans les deux cas, d'une sensation semblable; c'est enfin le rapprochement à établir entre ces deux faits, et qui conduirait à pratiquer, dans un but thérapeutique, une manœuvre qui n'avait pour but que d'arriver au diagnostic. Si pareil cas se représente, ne sera-t-il pas rationnel non-seulement de palper le ventre, mais de le malaxer, en quelque sorte, avec précaution, afin d'obtenir un résultat bien désirable, puisque tous les moyens rationnels ont échoué 4 fois sur 6. » (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux.*)

Une remarque de M. Béhier, à l'occasion du fait de M. Marotte, donne plus d'importance encore à l'emploi de ce moyen, puisque dans certains cas, il pourrait suffire à lui seul pour lever l'obstacle. Suivant M. Béhier, en effet, dans le cas de M. Marotte, les signes d'étranglement devaient tenir à la seule présence du calcul à l'orifice du canal cholédoque.

« Il s'est passé ici, dit M. Béhier, ce que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin, qui donne lieu à tous les symptômes de l'étranglement; le calcul n'a pas pu oblitérer le duodénum, l'intestin est trop dilatable sur toute sa longueur pour que l'on puisse y croire. Il y a donc eu, dans le fait de M. Marotte, chute du calcul dans l'intestin, par suite des manœuvres, puis cessation des accidents. »

Quoi qu'il en soit, le fait pratique reste avec toute son importance.

Comme règle générale, il faut ajouter que le massage ou la malaxation doivent être faits avec la plus grande prudence; on comprend en effet que si, comme l'a pensé M. Marrotte, le calcul s'était frayé une voie par ulcération, on aurait à redouter la rupture des adhérences.

§ II.

TRAITEMENT MÉDICAL.

1° *Émissions sanguines.* Employées dès le début, elles peuvent avoir une utilité réelle, quelle que soit la variété d'occlusion à laquelle on ait affaire.

Peut-être, en produisant une syncope par ce moyen, pourrait-on obtenir, dans certains cas, un succès analogue à celui qui a été obtenu dans les cas de hernie étranglée.

A part cette indication, on doit, je crois, n'employer les émissions sanguines générales qu'avec beaucoup de modération, surtout chez les sujets faibles. On doit se rappeler en effet que, si l'obstacle ne cède pas rapidement aux moyens employés, l'alimentation va être supprimée complétement pendant un nombre de jours quelquefois considérable, et que l'organisme devra résister à l'une des plus violentes secousses qu'il puisse éprouver.

Les saignées locales sont beaucoup plus souvent employées; on applique des ventouses scarifiées ou des sangsues en grand nombre sur l'abdomen, en général sur la région la plus douloureuse, et lorsque l'on craint l'invasion de la péritonite ou qu'on veut chercher à l'enrayer.

On pourra dans certains cas, avec avantage, choisir l'orifice inférieur du tube digestif comme siége d'application de la saignée locale.

A ces moyens, viennent se joindre directement les applications

émollientes et calmantes sur l'abdomen, les bains tièdes et prolongés.

Purgatifs. Les purgatifs constituent la méthode de traitement la plus généralement employée ; les succès que l'on a obtenus, en particulier, à la suite de l'administration des drastiques, ont popularisé leur emploi. L'existence de la constipation, comme phénomène dominant, semble, au premier abord, justifier cette pratique; cependant, lorsqu'on examine attentivement les observations si nombreuses dans lesquelles les purgatifs ont été employés sans succès, on voit presque constamment tous les symptômes s'exagérer immédiatement après chaque administration du médicament. En effet, outre les désordres que peuvent produire, à une époque avancée surtout, des contractions violentes de l'intestin, les purgatifs causent encore l'accumulation des liquides intestinaux, et n'arrivent qu'à exaspérer les vomissements; aussi dirai-je, avec M. Masson, que les purgatifs violents ne sont indiqués que quand on soupçonne fortement que l'occlusion est produite par l'accumulation de matières fécales endurcies, mais qu'ils sont inutiles et même nuisibles dans la plupart des autres cas, qu'il y ait invagination ou étranglement.

M. Raige-Delorme, constatant ces inconvénients des drastiques, s'est demandé s'il n'y aurait pas moins d'inconvénients à solliciter l'action de l'intestin, à l'aide de purgatifs appliqués hors du tube digestif; suivant M. Masson, M. le professeur Grisolle aurait plusieurs fois expérimenté, sans succès, l'action des médicaments purgatifs par la méthode endermique.

Il y aura donc avantage à choisir l'extrémité inférieure du tube digestif comme siége d'application de ces médicaments. Les lavements purgatifs remplissent cette indication; mais ils manquent souvent leur effet, soit parce qu'ils ne peuvent pénétrer, soit parce que les malades ne peuvent les garder assez longtemps.

On aura recours alors à des suppositoires contenant, sous un petit volume, un médicament énergique. C'est ainsi que M. Mal-

gaigne a vu cesser, dans un cas en apparence désespéré, les accidents d'étranglement à la suite de l'application d'un suppositoire contenant quelques gouttes d'huile de croton.

Dans les cas douteux, on pourra avoir recours, en outre, soit au calomel, soit plutôt aux émulsions d'huile d'amandes ou d'huile de ricin, administrées à petites doses et avec persévérance.

Belladone. Recommandée par MM. Bretonneau et Trousseau contre la constipation, elle a été surtout recommandée dans l'iléus par M. le Dr Fiessinger; suivant ce médecin, le peu de succès qu'on a obtenus de l'emploi de ce moyen vient de ce que l'on ne l'a pas administré à doses assez élevées. Les observations de M. Fiessinger ne m'ont pas paru assez concluantes pour justifier l'usage de la belladone à titre de médication principale; sur les quatre faits rapportés par ce médecin, il n'en est pas un seul dans lequel les symptômes aient été assez tranchés pour que l'on puisse affirmer qu'il existât un obstacle considérable.

Dans deux cas seulement, il y avait des vomissements, et une seule fois, au dire des parents, les matières vomies rendaient une fort mauvaise odeur ; je dois ajouter que dans le même cas, il y a eu des phénomènes toxiques assez marqués. Il me paraît plus prudent d'employer la belladone, à l'extérieur seulement, sous forme d'onctions sur l'abdomen, et l'on peut ici remplir deux indications en l'associant à l'onguent mercuriel.

Lavements de tabac. On a souvent recommandé l'usage soit de lavements faits avec une décoction de tabac, soit d'injections de la fumée de cette plante. Les lavements de tabac paraissent trouver leur emploi surtout dans les cas d'occlusion par accumulation de matières fécales. Quelques faits, publiés par M. le Dr Ronzier-Joly, tendent à démontrer non-seulement que le tabac excite assez vivement les contractions péristaltiques de l'intestin, mais encore que l'irritation produite n'a aucune gravité par elle-même, ainsi que le

prouve la rapidité du retour du bien-être abdominal chez des personnes qui ont été soumises avec succès à l'action des lavements de tabac.

Dans la prescription d'un lavement de tabac, il est indispensable, dit M. Ronzier, de préciser la quantité d'eau dans laquelle la décoction doit être faite et le point jusqu'où l'on doit amener la réduction. On prescrira par exemple : lavement avec une décoction de 4 grammes de tabac pour 250 grammes d'eau que l'on doit faire réduire de la moitié ou des deux tiers. « Ce qui nous a frappé, dit encore M. Ronzier, dans les opinions des auteurs à propos des lavements de tabac, c'est la divergence à l'égard des doses ; les uns ont réussi avec une décoction de 4 grammes, et d'autres ont dû aller jusqu'à prescrire 30 grammes. Et qu'on ne s'imagine point que ce soit là une question de peu d'importance : l'expérience a démontré qu'une faible dose de tabac, introduite dans le tube intestinal, pouvait provoquer des accidents terribles ou même mortels, et qu'on ne pouvait administrer cet agent avec trop de prudence. On n'a qu'à consulter l'ouvrage de Mérat et de Lens pour s'assurer de la vérité de cette assertion. Pour nous, nous avons vu un lavement avec 8 grammes de tabac amener, dans un cas de hernie étranglée, une hyposthénisation des plus grandes, tout en donnant plus d'activité aux vomissements et aux coliques; de plus, après avoir suivi, avec la plus grande attention, les phénomènes de ce cas pathologique, il nous est resté la conviction que la mort avait sans doute été hâtée par l'administration de ce remède. Deux mois après, il nous a été donné d'observer une guérison extraordinaire d'iléus, chez une femme nerveuse et débile, par un lavement avec une décoction très-forte (32 grammes de tabac), qui fut gardé dans l'intestin pendant une heure. »

On devra donc commencer par de petites doses, qu'on ne craindra pas d'élever si les premières n'ont produit aucun accident.

En terminant, le même auteur fait remarquer qu'après avoir examiné avec soin un certain nombre de faits, il est décidé à ac-

corder beaucoup plus de confiance à ce moyen qu'à l'emploi de la glace.

« Nous ferons observer encore qu'il est beaucoup de localités où la glace manque; le tabac, au contraire, se trouve partout, et ce fait seul suffit pour appeler l'attention de nos confrères sur l'efficacité de cette plante, et pour placer cet agent médicamenteux en première ligne parmi les moyens reconnus utiles dans l'occlusion intestinale » (*Bulletin de thérap.*, 15 novembre 1857).

Excitants de la contraction musculaire. L'*acupuncture*, l'*électricité* (1), l'application du marteau de Mayor (Hervieux), les frictions sèches sur l'abdomen, sont, avec les préparations de strychnine, les moyens auxquels on peut avoir recours pour exciter les contractions péristaltiques de l'intestin. Ces divers moyens, employés dans le but de lever l'obstacle, comptent quelques résultats heureux; il est toutefois assez difficile de les apprécier, car ils ont été employés un trop petit nombre de fois.

Je pense qu'ils doivent trouver leur application la plus rationnelle dans les cas où, l'obstacle étant levé, le cours des matières ne se rétablit pas. Dans certains cas, lors même que l'entérotomie a donné une voie d'écoulement aux matières, les parois de l'intestin, distendues outre mesure, perdent, comme la vessie en pareille circonstance, la faculté de réagir sur les matières contenues ; le sujet de la 4e observation de cette thèse en fournit un exemple remarquable. L'obs-

---

(1) L'emploi du galvanisme dans les cas d'occlusion intestinale a été proposé pour la première fois en France par M. Leroy d'Étiolles (Académie de médecine, 1826). Il paraîtrait que ce moyen était déjà usité en Angleterre en 1797. Voici, en effet, ce qu'on lit dans une observation de Baillie portant la date de 1797, et relative à un homme qui succomba aux accidents produits par un rétrécissement du gros intestin :

« Shocks of electricity were passed through the abdomen for several days, and « cold water was dashed upon his feet; both of wich means were ineffectual » (*The works of Mr Baillie*, collected by J. Wardrop; t. I, p. 114,115; London, 1825).

tacle siégeait à l'union du côlon transverse avec le côlon descendant: M. Denonvilliers pratiqua l'entérotomie, et l'incision porta sur le cæcum ; les matières contenues dans l'intestin grêle, franchissant la valvule iléo-cæcale, sortirent par la plaie. Mais le côlon, sur lequel avait porté surtout la distension, resta plein de matières; le ventre ne s'affaissa qu'incomplétement, les accidents persistèrent, et la mort survint.

Réfrigérants. Les boissons glacées, les applications froides sur l'abdomen, et les lavements glacés, sont des moyens dont l'utilité a été constatée depuis longtemps et dans tous les pays.

En France, M. Chomel, M. Grisolle, et son élève, M. le Dr Masson, ont surtout recommandé leur emploi et en ont généralisé l'application.

Le traitement par la glace a été formulé d'une façon complète par M. Masson dans sa thèse inaugurale ; en voici l'exposé textuel :

« On fera des applications de glace sur le ventre, on donnera des lavements d'eau glacée ; le malade apaisera sa soif en laissant fondre de petits morceaux de glace dans la bouche, ou prendra, en petite quantité, des boissons glacées.

« Les applications de glace sur l'abdomen se feront de la manière suivante : on placera, dans le lit, un cerceau au-dessus du ventre du malade ; à ce cerceau, on suspendra une large vessie en caoutchouc, dans laquelle seront enfermés les morceaux de glace, et, dès que ceux-ci seront fondus, on en introduira d'autres. Il faut que l'application de glace soit légèrement faite, qu'elle recouvre presque tout l'abdomen ; on emploiera donc plusieurs vessies en caoutchouc, si l'on n'en a pas une assez grande pour suffire à couvrir l'abdomen.

« Les vessies en caoutchouc sont préférables aux autres vessies, parce qu'elles ne laissent point transsuder l'eau ; en outre, elles ne donnent pas lieu à l'odeur insupportable que les vessies ordinaires développent après quelques heures d'application ; elles ont encore cet avantage, qu'on peut les choisir aussi grandes qu'on le veut.

« Si on n'a pas à sa disposition des vessies en caoutchouc, on se servira de vessies ordinaires ; on en emploiera un nombre suffisant pour couvrir le ventre, et on les suspendra à un cerceau disposé comme je l'ai indiqué. Comme ces vessies sont un objet de peu de valeur, on pourra les remplacer quand elles auront contracté une mauvaise odeur.

« On donnera, trois fois par jour, un lavement ; chaque lavement se composera de deux seringuées d'eau glacée.

« Il est difficile de préciser d'avance combien de temps on devra continuer ce traitement ; l'état général sera, en pareil cas, le meilleur guide. »

Après avoir exposé ainsi, avec tous les détails nécessaires, le mode d'emploi de la glace, mon ancien collègue étudie avec les plus grands développements toutes les circonstances qui se rattachent à cette question, et établit que le mode d'action de la glace dans le traitement de l'occlusion intra-abdominale consiste :

1° A empêcher les congestions locales ; 2° à prévenir l'inflammation ou à la modérer si elle existe ; 3° à agir contre l'élément nerveux ; 4° à diminuer le volume des gaz ; 5° à déterminer, dans certains cas, au moment de l'application, une vive secousse, capable de faire disparaître la cause principale de l'occlusion.

Si l'on voulait obtenir ce dernier effet, il faudrait, à mon avis, changer le mode d'application, et j'attacherais bien plus de confiance, en pareil cas, à la projection brusque d'une certaine quantité d'eau froide sur l'abdomen. Si l'on trouvait ce moyen trop violent, peut-être pourrait-on obtenir un effet analogue, en appliquant directement de la glace pilée sur l'abdomen, dont la température aurait été préalement élevée par l'application d'un cataplasme chaud.

Sans partager complétement toutes les espérances que fonde mon collègue sur l'emploi de la glace dans l'occlusion intestinale, je pense, avec lui, que ce mode de traitement ne doit jamais être négligé aujourd'hui, et qu'on ne saurait en trop recommander l'application méthodique.

Chez la malade qui fait le sujet de la 2e observation de cette thèse, le traitement par la glace avait été commencé dès le matin, quand, pendant la journée, les règles survinrent avec une certaine abondance, et l'on crut devoir suspendre les applications froides. Je pense, avec mon ami et ancien collègue M. le Dr Goupil, qui avait institué le traitement, qu'il n'y aurait en pareil cas aucun inconvénient à continuer l'emploi de la glace, puisque l'écoulement menstruel s'était déclaré *pendant le cours* de l'application des réfrigérants.

Chloroforme. On trouve dans la thèse de M. Rieux (*loc. cit.*) la première indication de l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'étranglement interne.

« Le chloroforme, dont on a vanté les résultats heureux dans les étranglements herniaires, pourrait être essayé, je crois, dans certaines variétés d'étranglement interne. »

M. Masson, après avoir cité ce passage, ajoute les lignes suivantes :

« Si l'on avait sous la main du chloroforme, on pourrait, à mon avis, s'en servir dans un cas d'occlusion intestinale, comme on s'est servi de l'éther, en mettant à profit la réfrigération qu'il peut produire en se volatilisant; ce serait un moyen perturbateur dont l'action pourrait être utile. »

Ce n'est pas, à mon avis, dans ce sens qu'il faut interpréter l'indication de M. Rieux. Il est évidemment question, pour ce dernier auteur, de l'action générale du chloroforme administré comme anesthésique, et dans un but analogue à celui que l'on se propose lorsqu'on saigne jusqu'à la syncope, pour obtenir ou faciliter la réduction d'une hernie étranglée.

Quoique l'analogie soit le plus souvent assez éloignée entre l'étranglement externe et l'occlusion intestinale interne, il n'en est pas moins vrai que cette analogie existe dans une certaine mesure, et que la proposition de M. Rieux mérite considération.

On obtiendrait, à mon avis, dans tous les cas, par ce moyen, un

intervalle de repos dans les crises douloureuses, et une diminution dans la tension des parois abdominales, diminution qui permettrait de faire par la palpation et la percussion un examen approfondi de la région.

§ III.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il existe aujourd'hui, dans la science, des opinions assez diverses relativement à l'intervention de la chirurgie dans le traitement des occlusions intestinales. Les uns veulent qu'on n'ait recours qu'aux moyens médicaux proprement dits; les autres admettent l'opportunité d'une opération chirurgicale, toutes les fois qu'il est bien démontré que les ressources de la thérapeutique sont insuffisantes. Parmi ces derniers, les uns veulent qu'on pratique une large incision à l'abdomen et qu'on aille à la recherche de l'obstacle: ce sont les partisans de la gastrotomie; les autres, redoutant la gravité des désordres produits par des recherches prolongées, et craignant d'ailleurs l'insuccès de ces explorations, veulent qu'on établisse, suivant certaines règles, un anus artificiel destiné à permettre l'écoulement des matières: ce sont les partisans de l'entérotomie.

Je laisse à de plus autorisés que moi le soin de décider ces graves questions, qui réclament d'ailleurs encore, à mon avis, l'observation d'un plus grand nombre de faits; je me bornerai à soumettre au jugement de mes maîtres quelques-unes des remarques qui m'ont été suggérées par l'étude attentive des principaux faits connus. Je vais examiner, à ce point de vue, la gastrotomie et l'entérotomie, en insistant particulièrement sur l'entérotomie, au sujet de laquelle j'émettrai quelques propositions qui m'ont paru mériter l'attention.

1° *Gastrotomie.* La gastrotomie, telle que la comprenait Barbette, pratiquée deux fois seulement à Paris par Dupuytren et par M. Malgaigne, est une opération aujourd'hui complétement abandonnée en France. Tous les arguments qui ont été dirigés contre cette opéra-

tion sont fondés, et cependant elle a été assez souvent suivie de succès pour justifier de nouvelles tentatives; il suffit, pour le reconnaître, de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant :

Gastrotomie.

	Chirurgiens.	Succès.	Insuccès.
Cas rapporté par	Bonet.....	1	»
	Nuck.....	1	»
	Dupuytren....	»	1
	Malgaigne.....	»	1
	Reali.....	1	»
	Hilton.....	»	1
	Fuschius.....	1	»
	Total, 7 cas.	Total, 4	Total, 3

M. Savopoulo n'a pas inséré dans son tableau le cas de Bonet, admis par M. Nélaton, et le cas du Dr Fuschius, indiqué déjà dans la thèse de M. Rieux (*loc. cit.*). Il m'a paru important de réparer ces omissions. On comprend en effet que, sur un aussi petit nombre de faits, deux opérations ne sont pas à négliger, surtout quand elles ont été suivies de succès.

Ainsi donc, sur 7 opérations de gastrotomie, on compte 4 succès, au lieu de 2 sur 5, comme l'avait dit M. Savopoulo. Je ne veux tirer de l'examen de ces chiffres aucune conclusion en faveur de la gastrotomie, mais il est néanmoins juste de noter que jusqu'ici cette opération compte relativement plus de succès que l'entérotomie. Aussi ne peut-on pas dire, à mon avis, que le chirurgien fait une œuvre téméraire en pratiquant la gastrotomie; on doit dire toutefois qu'il paraît aujourd'hui plus conforme aux lois de la prudence de n'entreprendre cette opération que si l'on avait la certitude, ou tout au moins les plus grandes présomptions, que l'incision portera sur le siége de l'obstacle. C'est sans doute une opération établie d'après ces principes dont a voulu parler M. Parise en employant l'expression de *gastrotomie régularisée*.

Je ferai remarquer encore que, sur les 3 insuccès, 2 ont eu lieu à

Paris. Or on sait combien les opérations chirurgicales, pratiquées dans les hôpitaux de cette ville, réunissent de conditions d'insuccès. Peut-être la gastrotomie serait-elle, comme l'opération césarienne, une de ces opérations toujours mortelles dans la capitale, mais qu'il ne faut pas proscrire hors de ses limites.

2° *Entérotomie.* L'entérotomie, simplifiée par les chirurgiens de nos jours, régularisée en dernier lieu par M. Nélaton, et répandue surtout par les publications de ce savant professeur et par celles de ses élèves, est sans contredit une des plus belles opérations instituées par la chirurgie moderne; la simplicité du manuel opératoire et la sûreté de l'exécution l'ont fait rapidement adopter par la plupart des médecins comme une ressource précieuse.

Depuis quelques années, cette opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois, et les succès définitifs qui ont été obtenus répondent victorieusement à la plupart des arguments qui ont été dirigés contre elle.

Le tableau suivant, que j'ai dressé sur le modèle de celui de M. Savopoulo, donne l'indication, aussi complète que j'ai pu l'établir, des opérations pratiquées et des résultats obtenus.

Entérotomie.

Chirurgiens.	Nombre d'opérations.	Succès.	Insuccès.
Renaut	1	1	»
Monod	1	»	1
James Luke	1	1	»
Joël	1	1	»
Denonvilliers	2	1	1
Robert	3	»	3
Velpeau	1	1	»
Chassaignac	1	»	1
Jobert de Lamballe	1	»	1
Nélaton	7	3	4
Gosselin	1	»	1
Maisonneuve	2	2	»
Total	22	Total. 10	Total 12

Dans sa thèse inaugurale, M. Savopoulo, enthousiasmé par les succès dont il avait été témoin, n'hésite pas à proscrire toute autre méthode que l'entérotomie, et à regarder comme inutile la recherche de la nature de la maladie :

« Le diagnostic différentiel des diverses causes d'étranglement interne, impossible à établir, devient aujourd'hui inutile, l'indication étant la même dans tous les cas. »

Tout en reconnaissant les avantages de l'entérotomie, la sûreté et la brillante simplicité du procédé opératoire que l'on doit à M. le professeur Nélaton, je pense que M. Savopoulo a dépassé le but qu'il voulait atteindre en formulant une semblable conclusion. En effet, d'une manière générale, il ne peut jamais être inutile de chercher à élucider un point quelconque de la science ; et pour ce qui concerne les occlusions de l'intestin, on sait parfaitement qu'il en est un bon nombre qui ne guériront pas à la suite de l'entérotomie, et que dans certains cas, il y aurait un avantage certain à aller chercher directement l'obstacle.

De plus, pour la pratique de l'entérotomie elle-même, il est d'une importance capitale de connaître sinon la nature spéciale de la maladie, tout au moins de déterminer sur quelle portion de l'intestin siége l'obstacle.

En effet, ainsi que je vais le démontrer, le chirurgien, pour être sûr de donner un écoulement complet aux matières contenues dans l'intestin, doit rechercher, pendant l'opération, si l'étranglement a lieu sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin. En voici la preuve : dans le cas, par exemple, où le calibre de l'intestin est effacé au niveau de l'*S* iliaque du côlon, toute la portion située au-dessus de l'obstacle sera dilatée par les matières et par les gaz, le gros intestin aussi bien que l'intestin grêle, et, par suite, l'anse intestinale qui se présentera à la plaie pourra appartenir à l'une ou à l'autre partie. Or que va-t-il arriver, si le chirurgien, rencontrant une anse d'intestin grêle, la fixe à la paroi et l'incise ? Les matières contenues

dans l'intestin grêle s'écoulent au dehors; mais les gaz et les matières contenus dans le gros intestin resteront emprisonnés entre l'étranglement siégeant à la partie inférieure du gros intestin, d'une part, et la face cæcale de la valvule de Bauhin, de l'autre, valvule qui ne permet pas le reflux vers l'intestin grêle. On verra alors le ventre ne s'affaisser qu'incomplétement, et tous les accidents reparaître bientôt, après un amendement momentané. C'est ce qui est arrivé chez celui des opérés de M. Nélaton qui avait un rétrécissement du gros intestin au niveau du tiers inférieur du côlon descendant. L'intestin grêle se vida; mais, à l'autopsie, on trouva le gros intestin distendu au-dessus du rétrécissement par le gaz et le liquide; il n'y avait pas trace de péritonite. C'est encore ce qui est arrivé chez le malade opéré par M. Robert, et dont je publie l'observation à la fin de cette thèse. L'opération, pratiquée au côté droit, fait tomber l'incision sur une anse d'intestin grêle, située à 25 centimètres au-dessus du cæcum; les matières contenues dans l'intestin grêle s'échappent en grande abondance, et cependant le ventre ne s'affaisse pas et les accidents persistent. A l'autopsie, on constate que l'obstacle existe au niveau de la partie inférieure du côlon descendant; l'intestin grêle, en totalité, est revenu à son volume normal, et disparaît sous la masse énorme du côlon dilaté.

La constatation de ces faits, et en leur absence la considération des dispositions anatomiques de l'intestin, suffiront, à mon avis, pour faire comprendre combien il importe de rechercher, pendant la vie, si l'obstacle siége sur le gros ou le petit intestin.

Si l'on ne parvient pas à établir un diagnostic précis, on ne doit faire porter l'incision sur l'intestin grêle qu'après avoir constaté la non-dilatation du gros intestin; dans le cas contraire, on devra rechercher soit une anse manifestement dilatée du gros intestin, soit le cæcum, et faire porter l'incision sur l'une de ces parties. C'est ce qu'a fait M. le professeur Velpeau dans l'opération qu'il a pratiquée au mois de décembre 1856, et c'est à la précaution qu'il

a prise d'écarter une anse d'intestin grêle pour aller chercher le cæcum, que l'on doit, en grande partie, attribuer l'heureux résultat qui a été obtenu.

Observations.

OBSERVATION Ire

(lue à la Société médicale d'observation).

Invagination d'une petite portion de l'*S* iliaque dans le côlon descendant, occlusion intestinale; entérotomie. Mort, autopsie.

La nommée D..., âgée de 23 ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 21 juillet 1856, salle Sainte-Marthe, n° 50. service de M. Barth.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, cette femme ne présenta que des symptômes fort légers et qui attirèrent peu l'attention; deux ou trois attaques hystériformes, une tympanite légère, sensation de pesanteur à l'épigastre, céphalalgie et constipation.

Peu à peu, la constipation devint le symptôme dominant; le ballonnement augmenta brusquement; des coliques vives, un état fébrile intense, et des vomissements bilieux, se déclarèrent.

Cette femme, d'une assez bonne santé habituelle, est d'une complexion délicate : système musculaire peu développé; peau fine, blanche, laissant apercevoir les veines sous-cutanées; cheveux châtains.

Pas de traces de syphilis ni de tubercules. Elle a eu quatre enfants; la dernière couche remonte à deux ans. Aucune d'elles n'a nécessité l'emploi du forceps, aucune n'a été suivie d'accidents.

Toutefois, depuis sa dernière couche, la malade a éprouvé une altération notable dans l'état de ses forces, mais sans symptômes déterminés du côté d'aucun organe.

Il y a deux mois, pendant le travail, la malade étant assise, sans effort, sans violence, en un mot, sans aucune cause appréciable, elle ressentit dans l'abdomen des douleurs vives, qui ne furent pas suivies de diarrhée. Ces douleurs se dissipèrent spontanément, ne forcèrent pas la malade à s'aliter, et ne reparurent plus avec assez d'intensité pour qu'elle s'en inquiétât. Le seul incident qui ait fixé son attention fut la constipation, qui s'établit dès ce moment ; les selles étaient rares ; les matières rendues, dures, non effilées, et contenant quelquefois une petite quantité de sang. Dans les jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital, les douleurs abdominales reparurent et se manifestèrent par accès ; la constipation devint absolue.

Du 1er au 6 juillet, les symptômes s'aggravèrent lentement ; il survint des vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux ; on eut recours aux divers purgatifs ; ils n'amenèrent aucune évacuation ; les lavements étaient rendus très-peu de temps après leur administration, et contenaient quelques parcelles de matières fécales solides.

Le toucher vaginal et rectal fut pratiqué, l'utérus était dans sa position normale ; le rectum, libre dans toute la portion accessible au doigt ; le sphincter à l'état normal, sans contractions spasmodiques.

Les douleurs abdominales étaient très-vives et se manifestaient par accès ; la tension de l'abdomen allait croissant, et son volume arriva à dépasser celui de la grossesse à terme. La dilatation était universelle, mais non uniforme, et l'on voyait manifestement, pendant les crises douloureuses, les anses intestinales faire un relief considérable. En appliquant l'oreille, on entendait un gargouillement intense, produit par le déplacement des gaz et des liquides ; le siége principal des douleurs est rapporté par la malade à l'ombilic ; la pression sur l'abdomen ne les augmente que fort peu ; la

percussion dénote en outre, dans tous les points, une sonorité tympanique.

Le 7. Pouls à 120, petit, vibrant; face rouge, injectée par plaques; chaleur de la peau élevée; respiration précipitée, anxieuse; douleurs presque incessantes, arrachant des cris à la malade; les vomissements bilieux sont remplacés par des matières à odeur stercorale. — 2 gouttes d'huile de croton; lavement huileux.

Le 8. Aucune évacuation; pouls à 140; affaissement général et rémission dans l'intensité des crises douloureuses; les vomissements ont cessé. On tente sans succès l'introduction par le rectum d'une longue sonde œsophagienne; il est impossible de passer le niveau de la base du sacrum; la sonde fléchit et se contourne d'elle-même dans l'intérieur de l'ampoule rectale.

Le 9. Facies altéré au plus haut degré; somnolence presque continue; rémission presque complète des douleurs abdominales.

M. Robert est appelé et se décide sans retard à pratiquer l'opération de l'anus artificiel dans la région iliaque droite; une incision oblique, de 6 centimètres de longueur, parallèle au pli de l'aine, est pratiquée sur la peau de l'abdomen; les plans aponévrotiques et musculaires sont ensuite incisés avec précaution, et l'on arrive sur le péritoine, distendu au point qu'il est très-difficile de le saisir avec les pinces.

A l'incision du feuillet séreux, il s'écoule une petite quantité de sérosité trouble, et une fausse membrane blanchâtre vient faire saillie entre les lèvres de la plaie; puis la portion d'anse intestinale qui se présente est mise en rapport exact avec les bords de l'incision au moyen d'une double suture. On incise alors l'intestin entre les deux fils et dans le sens de la plaie cutanée. Il s'échappe aussitôt une quantité abondante de gaz et de matières jaunâtres demi-liquides; cette évacuation apporte à la malade un soulagement immédiat. L'opération, par elle-même, a causé fort peu de douleur.

L'amélioration continue pendant la journée; mais le pouls reste à 140, et, malgré l'évacuation presque incessante des matières intes-

tinales, l'abdomen reste distendu et n'a perdu qu'un tiers environ du volume qu'il avait avant l'opération.

Le 10. Des douleurs abdominales très-vives se manifestent de nouveau ; l'évacuation des matières par la plaie diminue ; la langue devient sèche.

Le 11. Il y a eu du délire pendant la nuit ; la malade vomit de nouveau tous les liquides ingérés ; l'écoulement des matières par la plaie cesse, et la malade succombe dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort, température chaude et humide.

Le cadavre a subi un commencement de décomposition ; le volume considérable de l'abdomen paraît encore exagéré par la maigreur du sujet. La peau de l'abdomen est incisée et soulevée avec précaution ; il s'écoule à peine quelques cuillerées de sérosité trouble, floconneuse ; le péritoine est fortement injecté et couvert de fausses membranes ; le côlon, considérablement distendu, constitue à lui seul la presque totalité du volume de la masse intestinale ; son calibre dépasse celui de l'estomac. Le grand épiploon ne forme aucune bride capable de produire un étranglement. Examinant d'abord le point où a été pratiquée l'opération, on constate que l'anse intestinale sur laquelle a porté l'incision appartient à l'intestin grêle, et qu'elle est située à 25 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Les lèvres de l'incision sont simplement agglutinées, et un peu de matière fécale est épanchée à ce niveau.

L'intestin grêle, en totalité, est revenu à son volume normal, et disparaît sous la masse du côlon dilaté et occupant le premier plan ; ses parois sont épaissies, infiltrées, fortement injectées, et couvertes de fausses membranes. La muqueuse présente, en divers points, des ulcérations très-superficielles. L'*S* iliaque et le rectum ont leur volume normal. Au point d'union de l'*S* iliaque avec le côlon, les fausses membranes sont plus abondantes, et, en les soulevant, on aperçoit une rainure circulaire peu marquée, formant délimitation entre les

deux portions de l'intestin. On place alors une ligature au-dessus et au-dessous, et l'on détache l'intestin; mais, quelque précaution que l'on ait prise, on voit des déchirures se faire au-dessus du point de la striction, et des matières fécales jaunes demi-liquides faire issue au dehors.

On introduit alors l'entérotome et l'on incise l'intestin sur son bord adhérent; l'extrémité mousse de l'instrument franchit sans difficulté le rétrécissement, et l'on peut alors constater, au niveau du point de réunion de l'*S* iliaque avec le côlon, une sorte de valvule circulaire, de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de largeur, et constituée par les trois tuniques de l'intestin, repliées sur elles-mêmes de bas en haut, et maintenues dans cette position par des adhérences solides établies entre les points de contact de la tunique séreuse. Cette valvule est molle, infiltrée, bleuâtre, épaisse, et disposée de manière à faire obstacle aux matières venant du côlon.

Au-dessus d'elle, le côlon se dilate immédiatement; ses parois sont épaissies, infiltrées par places. La tunique péritonéale est couverte de fausses membranes. La tunique muqueuse a sa coloration normale dans toute son étendue, depuis la valvule iléo-cæcale jusqu'à 3 ou 4 centimètres du rétrécissement, où elle est ramollie, et où l'on constate trois ulcérations larges, à bords inégaux et déchirés, avec destruction totale de la muqueuse et de la tunique musculaire. En ce point, la tunique séreuse, doublée par les fausses membranes, formait seule la paroi mince et fragile qui s'est déchirée au moment de l'autopsie et a donné issue aux matières contenues.

Rien à noter dans les autres organes.

OBSERVATION II.

Occlusion intestinale; rétrécissement et volvulus combinés. Mort, autopsie.

Élisabeth T..., 24 ans, couturière; entrée à l'hôpital Beaujon, le 1er août 1857, salle Sainte-Marthe, n° 51, service de M. Barth, M. Goupil suppléant.

Cette femme avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle elle aurait eu une affection abdominale consistant en une tuméfaction considérable, sans douleur bien vive, sans vomissements, sans œdème des membres inférieurs, sans perturbation notable des diverses fonctions, mais amenant cependant une gêne assez notable pour nécessiter le repos au lit. La malade se rappelle qu'il fut, à cette époque, question de pratiquer une ponction ; mais la maladie disparut, au bout de six mois, sous l'influence des purgatifs et des diurétiques.

Depuis cette époque, les seuls troubles de la santé consistaient dans quelques douleurs gastriques, avec une disposition très-marquée à la constipation.

L'année dernière, au mois de juillet, sans cause appréciable, elle fut prise de coliques violentes avec vomissements, constipation, hoquet, ballonnement du ventre et éructations répétées. La maladie céda, au bout de quelques jours, sous l'influence des purgatifs et des bains.

La convalescence dura une quinzaine de jours, et la malade n'éprouva que très-peu de douleurs dans le ventre ; mais l'appétit resta irrégulier, il y eut de l'amaigrissement et de la perte des forces. La constipation devint plus marquée que par le passé.

Le 29 juillet, sans cause appréciable, elle fut prise de coliques vives, d'abord localisées à l'ombilic, puis s'étendant vers divers points de la cavité abdominale. Malgré ces douleurs, elle fit un court voyage en chemin de fer ; mais les douleurs s'accrurent, et il survint des vomissements de matières verdâtres, âcres au goût. Le lendemain et le surlendemain, même état, vomissements et constipation absolue. Cependant la malade n'avait pas encore pris le lit ; elle se fit apporter à l'hôpital dans la journée du 1er août. Un lavement purgatif fut administré ; il n'amena aucune évacuation.

État actuel, 2 août. Décubitus dorsal, amaigrissement assez prononcé ; teinte un peu terreuse des téguments ; expression normale de la physionomie ; langue couverte d'un léger enduit. La chaleur

de la peau, appréciée à la main, paraît normale ; le pouls petit, régulier, dépressible, bat 60 fois par minute.

Le ventre est médiocrement distendu, saillant seulement dans sa partie médiane ; les régions latérales et la région supérieure ne participent que très-peu à la distension.

Sonorité tympanique dans tout l'abdomen, excepté en bas et un peu à droite de la ligne médiane ; la pression y éveille une certaine douleur, mais elle est supportable. La malade a vomi pendant la nuit, les vomissements sont bruns et présentent l'odeur fécale.

Le toucher anal fait constater que le sphincter a conservé sa tonicité; au-dessus, quelques petites tumeurs hémorrhoïdales. La paroi antérieure est refoulée contre la postérieure, probablement par des circonvolutions intestinales. Toucher vaginal : col un peu mou ; dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une tumeur de consistance molle et dépressible. — Limonade et eau de Seltz, glace ; lavement glacé, vessies remplies de glace appliquées en permanence sur le ventre.

Le 3 août. Dans la journée d'hier, les règles ont paru, et les personnes présentes ont cru devoir suspendre l'usage des glaces. A la visite, l'état général est le même ; le ventre est un peu distendu, les anses intestinales dessinent des saillies transversales. Les vomissements n'ont plus une odeur stercorale aussi prononcée, mais il y a toujours des éructations très-fréquentes et un goût amer très-pénible dans la bouche. Les lavements n'ont pas amené d'évacuations ; pas d'émission de gaz par l'anus. La douleur abdominale est un peu plus vive. — Limonade glacée ; 2 gouttes d'huile de croton en 2 pilules ; cataplasmes sur le ventre, 2 lavements purgatifs au séné et au sulfate de soude.

Le 4. Pendant la journée, les douleurs abdominales sont devenues plus vives, et le pouls plus fréquent ; on a appliqué 30 sangsues sur l'abdomen. Un peu de rémission s'est manifestée après cette application. Le facies était peu altéré, et la malade paraissait plus calme ; mais, vers huit heures du matin, la malade se plaignit

d'étouffements, puis elle cessa bientôt de parler; la température de la peau s'abaissa rapidement, et la mort survint presque immédiatement, dans un état semi-comateux.

Autopsie vingt-six heures après la mort.

Pas de roideur cadavérique; la paroi abdominale fait une saillie assez régulière, dont le sommet est à l'ombilic; pas de soulèvement en haut ni sur les côtés. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une petite quantité de sérosité sanguinolente et quelques flocons pseudo-membraneux. On constate tout d'abord que l'épiploon est adhérent par son bord libre à la paroi abdominale antérieure dans presque toute son étendue; les adhérences sont fermes et vascularisées. La portion droite de la face antérieure du foie est également unie très-intimement à la paroi abdominale, et il faut une assez grande force pour détruire cette adhérence. Les anses de l'intestin grêle paraissent occuper toute la cavité abdominale; elles sont distendues, parcourues par de fines vescularisations, légèrement visqueuses, mais non adhérentes entre elles. En différents points, dans les petits sillons formés par les plis du mésentère, on trouve un peu de pus. On commence alors à détacher l'intestin avec précaution à partir du duodénum, et, après avoir parcouru les deux tiers environ de l'intestin grêle, on arrive sur une portion plus distendue, plus dure à la pression, vascularisée par plaques, et présentant une coloration ardoisée, qui tranche avec la coloration rouge du reste de l'intestin. Cette portion se trouve située dans la fosse iliaque droite; elle se présente sous la forme d'une anse d'intestin repliée sur elle-même de façon à former une sorte de 8 de chiffre incomplet. Le point où les deux cercles du 8 se touchent est le point où siége l'étranglement; là les deux portions d'intestin, qui se croisent, semblent s'étrangler l'une sur l'autre. Le bout supérieur de l'intestin passe au-dessous du bout inférieur, qui disparaît lui-même derrière l'anneau inférieur; celui-ci est complet et formé par la portion d'intestin comprise au-dessous du point d'étrangle-

ment. Le point de réunion des deux anneaux est maintenu fixe par des adhérences solides ; de plus, des adhérences également anciennes unissent quelques anses de l'intestin grêle à la partie postérieure du corps de l'utérus, d'une part, et de l'autre, avec une tumeur située à droite. En incisant les adhérences, on peut rabattre, de gauche à droite, détordre, pour ainsi dire, l'anse d'intestin contournée autour de l'autre considérée comme axe. L'intestin étant ouvert, on constate l'existence d'un double rétrécissement siégeant au niveau des points d'adhérence. Le premier de ces rétrécissements laisse à peine passer le petit doigt ; il est situé à un peu plus d'un mètre de la valvule iléo-cæcale.

La muqueuse est saine dans toute l'étendue de l'intestin, excepté au niveau de la portion étranglée, où l'on constate :

1° Au niveau du rétrécissement inférieur, le plus serré, une ligne circulaire, lisse, blanche, et paraissant être la cicatrice d'une ancienne ulcération ;

2° Au niveau du rétrécissement supérieur, la paroi de l'intestin est seulement un peu épaissie. Entre les deux rétrécissements, la muqueuse est épaissie, ramollie, forme des plis nombreux, et présente une teinte grise ardoisée.

Toute la portion inférieure à l'étranglement est saine et revenue sur elle-même.

La portion d'intestin comprise entre les deux rétrécissements correspondait au point de la paroi abdominale sur lequel on pratique aujourd'hui l'entérotomie.

Pour abréger l'observation, nous avons omis les détails relatifs à l'état de l'utérus et de ses annexes, qui n'avaient aucun rapport direct avec l'étranglement. Nous dirons seulement qu'on a constaté les traces d'une menstruation récente et l'existence d'une tumeur enkystée de l'ovaire, du volume d'une pomme environ, à parois assez épaisses, et contenant un liquide citrin parfaitement transparent.

OBSERVATION III.

(lue à la Société médicale d'observation).

Cancer du péritoine; occlusion intestinale. Mort, autopsie.

François D..., âgé de 43 ans, charpentier, entré à l'hôpital Beaujon, le 9 juin 1857, salle Saint-Louis, n° 3, service de M. Barth.

Cet homme est d'une taille au-dessus de la moyenne; il est apporté à l'hôpital sur un brancard; sa physionomie exprime la souffrance; la face est amaigrie et présente une coloration mélangée de plaques légèrement rouges et brunes, qui ne diffère pas sensiblement de celle que présentent les ouvriers qui, dans leurs travaux, sont journellement exposés au rayons du soleil. Sa santé est habituellement très-bonne, et il n'a jamais eu de maladie grave, jamais d'affection vénérienne; il reconnaît avoir usé fréquemment, et sans modération, des liqueurs alcooliques.

Ses parents ont succombé, dans un âge avancé, à des affections qui lui sont inconnues, et il a un frère dont l'état de santé est parfait.

Les premières manifestations morbides reconnues par le malade remontent à trois mois. A partir de cette époque, et sans cause appréciable autre que l'abus de l'eau-de-vie, il ressentit, à divers intervalles, des douleurs vagues dans l'abdomen; les digestions se troublèrent; il survenait quelquefois des vomissements de matières alimentaires après les repas, et la diarrhée alternait avec la constipation. La nature des évacuations alvines n'avait pas attiré l'attention du malade, et aucun renseignement n'est fourni à ce sujet.

En même temps, il se manifestait de l'amaigrissement; toutefois ces divers troubles ne présentèrent pas une grande intensité, les forces restèrent à peu près intactes, et, huit jours avant son entrée, cet homme pouvait encore se livrer à un travail manuel. Le 5 juin, le malade, étant en sueur, but un verre d'eau froide, et il rapporta

que peu de temps après, survinrent des coliques vives, et que le ventre devint dur, tendu, et douloureux à la pression. Des éructations fréquentes et des nausées se produisirent, et les selles se supprimèrent complétement. Le 8 juin, survinrent des vomissements de matières jaunes fétides, et le malade se décida à se faire transporter à l'hôpital.

Le 9 juin, à la première visite, on trouve le malade dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses ; la température de la peau, appréciée à la main, est assez élevée ; la face est un peu congestionnée ; le pouls peu développé, à 80. L'amaigrissement n'est guère bien prononcé qu'à la face, qui présente cette teinte que nous avons comparée au hâle des ouvriers ou des gens de la campagne; sur le reste du corps, la coloration de la peau est entièrement normale. Le malade accuse des coliques vives, se répandant dans tout l'abdomen, mais se faisant surtout sentir un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic ; il a vomi, pendant la nuit, un liquide brunâtre, présentant une odeur fécale manifeste; des gaz fétides sont rendus très-fréquemment par la bouche.

La veille, on avait administré au malade un lavement contenant trois gouttes d'huile de croton. La canule a été introduite sans difficulté, et le liquide purgatif, gardé pendant quelque temps, n'a ramené qu'une très-petite quantité de matières fécales solides. Il n'y a eu aucune émission de gaz par l'anus; le ventre est chaud et modérément douloureux à la pression, il est dur et tendu, sa forme est assez régulièrement globuleuse dans toute la partie moyenne des régions ombilicale et hypogastrique. Autour de cette saillie, sur les côtés et en haut, la paroi abdominale n'est pas soulevée, et l'on peut apprécier facilement les saillies du bassin et le rebord des fausses côtes. En un mot, la forme de l'abdomen présente la plus grande analogie avec celle que l'on observe dans les cas de distension considérable de la vessie. Le cathétérisme fut pratiqué, et la sonde ne donna issue qu'à quelques gouttes d'urine. La percussion donne une sono-

rité très-nette dans le flanc droit et dans toute la région sus-ombilicale ; dans le flanc gauche, en dehors, la percussion produit un son hydro-aérique, et le son devient obscur dans l'étendue de 4 à 5 centimètres autour d'un point situé à gauche et au-dessous de l'ombilic. En même temps, la palpation, pratiquée en cet endroit, constate un degré de tension et de renitence qui n'existe en aucun autre point de l'abdomen ; c'est aussi au même point que les douleurs spontanées se manifestent le plus vivement. L'examen du cœur et des poumons ne fait reconnaître aucune lésion fonctionnelle de ces organes. — 15 sangsues à l'anus; 30 grammes d'huile de ricin en émulsion; lavement huileux ; eau de Seltz, glace ; cataplasme laudanisé sur le ventre.

Le lendemain 10, l'état est le même ; les vomissements n'ont pas cessé ; l'huile de ricin a été vomie au bout d'une heure ; le lavement n'a pas été rendu ; il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus ; les éructaions se reproduisent à chaque instant. La langue est collante, recouverte d'un enduit épais, jaunâtre. — Potion gommeuse anisée, eau de Seltz ; application de glace sur l'abdomen; 2 lavements administrés coup sur coup ; émulsions de 15 grammes d'huile de ricin avec addition de 2 gouttes d'huile de croton.

Le 11. Les vomissements fétides ont cessé ; ils sont remplacés par des matières bilieuses, sans odeur fécale manifeste, et rendues sans efforts de vomissements, par une sorte de régurgitation. L'huile de ricin a encore été vomie; les lavements n'ont amené qu'une très-petite quantité de matières fécales ; pas d'émission de gaz par l'anus. — 3 gouttes d'huile de croton en 3 pilules ; eau de Seltz, glace ; lavements, bain tiède prolongé.

Le 12. Pouls à 105, température de la peau plus élevée, facies altéré, soif vive; langue collante, recouverte d'un enduit jaune et sale à sa surface, rouge à la pointe. Les vomissements bilieux continuent; l'abdomen est dur, plus tendu que les jours précédents, mais il conserve sa forme; coliques plus vives; sensibilité à la pression peu

intense ; aucune évacuation par l'anus. On trouve de la sonorité, à la percussion, dans les deux fosses iliaques, mais surtout à droite. En un mot, il y a persistance de tous les symptômes locaux et aggravation de l'état général ; l'anxiété est très-vive, et le malade a le sentiment d'une fin prochaine. On administre une douche ascendante, elle n'amène aucun résultat ; la flaccidité du sphincter anal permet au liquide de s'écouler presque immédiatement au dehors. La mort survient pendant la journée.

Autopsie quarante heures après la mort, température chaude et sèche.

La roideur cadavérique est assez prononcée. A la face, la teinte brunâtre est plus marquée que pendant la vie ; sur le reste du corps, la peau a sa coloration normale. L'abdomen est tendu, dur, régulièrement soulevé, présentant à la percussion une sonorité tympanique dans presque toute son étendue, à l'exception d'un point situé à peu près vers le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque, du côté gauche.

A l'incision de la paroi abdominale, sans qu'aucune anse d'intestin ait été perforée, il s'échappe, avec un bruit appréciable, une certaine quantité de gaz fétides et une sérosité purulente avec flocons pseudo-membraneux. La paroi abdominale a contracté des adhérences molles avec la presque totalité de la masse intestinale, qui est recouverte d'une exsudation albumineuse, qui agglutine entre elles les anses d'intestin. Le grand épiploon adhère lui-même et forme une sorte de sangle ou de vaste bride, de forme triangulaire, à base supérieure, et ayant son sommet dans la fosse iliaque gauche ; cette bride est tendue, résistante, passant, d'une part, au devant de quelques anses intestinales, et, de l'autre, pénétrant profondément pour aller adhérer, par sa partie inférieure, à une masse volumineuse, dure, d'une coloration gris ardoisé, noirâtre par places, et formant une sorte de noyau, auquel viennent adhérer solidement plusieurs anses de l'intestin grêle et, en particulier, la portion infé-

rieure de cet intestin. D'un autre côté, le bout supérieur de l'intestin grêle, traversant obliquement la cavité abdominale, se trouve comprimé, mais non étranglé, par la bride épiploïque. Les anses intestinales, comme bridées et agglutinées de tous côtés, ne sont que modérément distendues; les parois ont leur aspect normal en certains endroits et, en d'autres, offrent une injection et une vascularisation très-prononcées et une teinte ardoisée au voisinage de la tumeur située dans la fosse iliaque gauche.

Au milieu des anses intestinales, sur les divers replis péritonéaux et sur la portion de la séreuse qui tapisse la paroi abdominale et la face inférieure du diaphragme, on constate un nombre considérable de tumeurs, d'un volume variable depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une petite noix, d'une forme assez régulièrement sphérique, et en général finement pédiculées. Ces tumeurs offrent, à la coupe, une coloration blanc terne; le tissu est charnu, mou, sans diffluence, et présente l'aspect du tissu encéphaloïde non ramolli.

La tumeur située dans la fosse iliaque gauche, en avant de l'*S* iliaque, a contracté des adhérences plus ou moins intimes avec toutes les parties qui l'entourent; elle forme une sorte de noyau, autour duquel sont venues s'entortiller plusieurs portions de l'intestin, et particulièrement la fin de l'intestin grêle. Ces adhérences sont solides, d'une coloration ardoisée, et ne peuvent être décollées par de simples tractions. La tumeur elle-même a le volume d'un œuf de pigeon; elle est noirâtre à sa surface, et présente, à la coupe, des caractères analogues à ceux des tumeurs plus petites. En divers points de son étendue, le gros intestin présente des adhérences avec les parties voisines; mais ces adhérences sont molles, récentes, sans coloration ardoisée, et faciles à décoller. Les tumeurs constatées dans l'abdomen appartiennent évidemment au péritoine, ou plutôt au tissu cellulaire sous-séreux; elles sont presque toutes pédiculées, et il suffit d'une légère traction pour les détacher des points avec lesquels elles sont en rapport. L'intestin, examiné dans toute son étendue, après avoir été détaché de ses adhérences, n'a présenté, soit

dans l'épaisseur de ses tuniques, soit à sa surface interne, aucune altération autre que des traces de phlegmasie à divers âges et à divers degrés; son calibre était normal dans toute son étendue. Les matières contenues étaient de consistance molle dans le gros intestin, d'un jaune verdâtre et d'une odeur caractéristique; celles qui se trouvaient dans l'intestin grêle formaient une bouillie assez épaisse, d'une coloration jaune pâle, et présentant une odeur peu différente de celle du gros intestin.

Les autres organes, examinés, n'ont présenté aucune altération à noter.

Résumé. Un homme de 43 ans, vigoureusement constitué, sans aspect cachectique évident, adonné à l'usage des boissons alcooliques, éprouve pendant trois mois des troubles digestifs et un peu d'amaigrissement, sans perte notable des forces, puisque le malade travaillait encore peu de jours avant son entrée. Puis, sans cause appréciable, tous les symptômes s'aggravent : des coliques vives surviennent à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau froide; les selles se suppriment; il survient du hoquet, des nausées, et des vomissements de matières brunes à odeur fécale; l'abdomen, modérément distendu, peu douloureux à la pression, forme sur la ligne médiane une saillie assez régulièrement arrondie; toute la portion qui correspond au gros intestin est affaissée. On a recours aux divers agents que la thérapeutique oppose aux diverses variétés d'occlusion intestinale: antiphlogistiques, réfrigérants, opiacés, purgatifs, douches, etc. Pendant la mise en œuvre de ces moyens, les symptômes locaux persistent, l'état général s'aggrave rapidement, et la mort survient au bout de peu de jours. A l'autopsie, on constate des traces de péritonite et des tumeurs cancéreuses de volume variable, concourant, avec une bride épiploïque et l'adhérence générale des intestins, à effacer leur cavité en divers points, qui sont principalement les dernières portions de l'intestin grêle.

OBSERVATION IV

(lue à la Société médicale d'observation par M. le Dr E. Géry).

Occlusion intestinale par torsion du gros intestin; entérotomie. Mort, autopsie.

Le nommé X..., âgé de 33 ans, employé; est couché au n° 15 du pavillon Gabrielle, à l'hôpital Saint-Louis.

C'est un homme de taille moyenne, maigre; visage peu coloré, cheveux et barbe noirs, systèmes osseux et musculaire régulièrement développés, ensemble du tempérament nerveux, intelligence et mémoire très-développés.

Il était d'une bonne santé habituelle; ce n'est que depuis 1848 qu'il se plaint de dyspnée et d'oppression, quand il fait une longue course; la nuit, il a été pris quelquefois d'accès de suffocation. Ces accidents l'ont déterminé à entrer à l'hôpital, pour ne pas être exposé à des écarts de régime inévitables, nous dit le malade, s'il restait chez lui. Comme traitement antérieur, on avait employé les opiacés et les fumigations de datura stramonium. Depuis qu'il est à l'hôpital, on a eu recours aux préparations de belladone.

Dans la journée du 6 septembre 1854, le malade fait, le matin, un repas copieux et mange deux grosses parts de gâteau aux prunes; il sort ensuite pour faire une longue course. Au bout d'une heure, il éprouve un sentiment de pesanteur à l'estomac, quelques coliques assez intenses, et un grand besoin d'aller à la garde-robe; il a une selle liquide assez copieuse, et, se sentant mal à l'aise, il se fait ramener à l'hôpital en voiture, et se met au lit. Le ventre est douloureux, sans point bien précis.

Le 7. Ce matin, le malade est plus mal, il a passé la nuit sans sommeil; le visage est un peu pâle; le pouls à 90, assez mou; langue blanchâtre, humide; l'abdomen est un peu tendu, douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite; le malade se plaint de gargouillements presque continuels dans les intestins. Pas

de selles, pas de vomissements, pas d'excrétions gazeuses par l'anus; rejet de gaz par la bouche. — 20 sangsues sur le ventre, cataplasme, lavement purgatif.

Le malade a eu une selle peu abondante avec le lavement, et s'est trouvé assez bien pour rester levé tout le jour; il a refusé les sangsues.

Le 8. Même état. — Lavement avec l'huile de ricin (40 grammes).

Pas de selle; le soir, le ventre est tendu et douloureux à la pression. — Nouveau lavement, avec sulfate sodique et follicules de séné.

Le 9. Insomnie; visage pâle, anxieux; pouls petit, à 90; langue blanchâtre, peu humide; renvois de gaz fréquents par en haut. La palpation ne fait reconnaître aucune tumeur dans l'abdomen; percussion douloureuse partout; sonorité dans tout l'abdomen. Le malade accuse une nouvelle douleur, qui a son siége en haut et à gauche, au niveau de la région épigastrique. — Une goutte d'huile de croton, lavement purgatif.

Le soir, même état; la douleur en haut et à gauche est plus vive; pas de selles; nausées sans vomissements; rejet de gaz nombreux, inodores; traits tirés. — 2 gouttes d'huile de croton; lavement simple, puis lavement purgatif.

Le 10. Insomnie absolue; facies pâle, altéré; pouls petit, serré, à 100; respiration fréquente; langue sèche, recouverte d'un enduit brunâtre; abdomen très-ballonné, douloureux à la pression; douleur sourde à la région épigastrique; les circonvolutions intestinales se dessinent à travers la paroi; pas de selles; un peu de hoquet; vomissement de matières blanc jaunâtre, sans odeur spéciale, peu abondantes; rejet de gaz nombreux par la bouche, rien par le rectum. Le malade se plaint beaucoup, mais il a conservé toute sa connaissance; la voix est un peu faible. — 12 ventouses scarifiées sur le ventre, 1 goutte d'huile de croton; lavement purgatif.

Le soir, même état. — On donne quelques cuillerées d'un julep

avec eau de laurier-cerise (4 grammes), extrait de belladone (10 centigrammes).

Le 11. Un peu de sommeil dans la nuit ; l'état général paraît meilleur ; état local stationnaire. — Large vésicatoire sur l'abdomen.

Le 12. Insomnie ; langue sèche, rougeâtre ; ballonnement extrême, hoquet ; pas de vomissements, pas de selles. Le malade se plaint toujours du point douloureux situé en haut et à gauche ; facies altéré, sueur intense, peau médiocrement chaude. M. Bazin prescrit des cataplasmes de glace pilée sur le ventre, et fait demander à M. Denonvilliers de vouloir bien voir le malade.

Le 13. État général très-mauvais ; insomnie, agitation continuelle, facies pâle, traits tirés, maigreur du visage ; pouls petit, concentré, 96 à 100 pulsations ; météorisme énorme ; pas de selles, pas de vomissements ; hoquet persistant.

M. Denonvilliers, qui voit le malade pour la seconde fois, confère avec M. Bazin et pense avec lui que, tous les moyens médicaux mis en usage ayant échoué, la chirurgie doit tenter quelque chose pour un malade qui paraît voué à une mort certaine.

L'opération est pratiquée à 9 heures du matin par M. Denonvilliers. Le malade demande avec instance à être endormi, et on n'y consent qu'en hésitant, à cause du mauvais état de la poitrine ; on consent seulement à lui faire faire quelques inspirations de chloroforme, de façon à l'étourdir. Aussitôt ce résultat obtenu, l'opération est pratiquée suivant le procédé de M. Nélaton.

A l'incision de l'intestin, qui fait saillie dans la plaie, il s'écoule des matières fécales de médiocre consistance et une grande quantité de gaz très-fétides ; le doigt, promené dans la cavité abdominale, ne rencontre aucun obstacle ; on introduit dans l'intestin une sonde de gomme élastique, qui donne de nouveau issue à un flot de matières liquides, jaunâtres, à odeur stercorale, parmi lesquelles on croit reconnaître des parties de peau de prunes. Le volume de l'abdomen a diminué, et le malade est un peu soulagé.

L'opération a été faite d'une manière brillante et rapide, et le

malade, qu'on n'avait pas endormi, n'a pas paru souffrir beaucoup.

La plaie est simplement recouverte d'un linge cératé.

Trois heures après l'opération, le malade se trouve bien; il s'est écoulé une assez grande quantité de matières liquides et de gaz par la plaie, et le malade se trouve bien soulagé; il n'y a plus de hoquet; toutefois le ballonnement persiste et l'abdomen reste douloureux à la pression; langue humide, blanchâtre.

Le 14. Même état; pas de vomissements, pas de selles. On donne, avec la sonde introduite dans la plaie, issue à des gaz et à une assez grande quantité de matières intestinales liquides.

Le 15, même état.

Le 16. La nuit a été mauvaise; figure grippée, couverte de sueur; pouls petit, 100 à 104; respiration fréquente et anxieuse; langue sèche; pas de vomissements; éructations gazeuses par la bouche; abdomen tendu, sensible à la pression; douleur fixe en haut et à gauche à la région épigastrique; aucune évacuation par le rectum. Il sort toujours un peu de matière par les lèvres de la plaie, qui sont un peu livides et boursouflées; la sonde en fait sortir une assez grande quantité. Le malade urine; intelligence nette.

Le 17. Pouls à 120; aggravation de tous les symptômes; visage couvert de sueur, exprimant la souffrance; agonie commençante.

Le 18. Mort dans la matinée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort, temps assez frais.

Le cadavre est bien conservé, pas de traces de putréfaction, l'aspect extérieur est le même que pendant la vie; l'abdomen est fortement distendu par les gaz; résonnance tympanique; circonvolutions intestinales encore apparentes.

La plaie résultant de l'opération a une étendue de 8 centimètres, les fils qui unissent l'intestin aux parois sont intacts et bien en place; les adhérences entre l'intestin ouvert et la paroi abdominale sont très-faibles.

Aussitôt l'ouverture de l'abdomen, les intestins, énormément distendus, font saillie au dehors ; dans la cavité péritonéale, il n'y a qu'une très-petite quantité de liquide, il est séreux, rougeâtre.

Les intestins présentent à l'extérieur une coloration rouge, très-intense par places, se manifestant sous plusieurs aspects ; ainsi on voit de grandes bandes rouges suivant la longueur de l'intestin, de 2 centimètres de large, puis de larges plaques rouge foncé ; en d'autres points, la rougeur est pointillée.

Les circonvolutions intestinales adhèrent entre elles par des fausses membranes épaisses, bien formées, de couleur jaunâtre ; la tunique péritonéale est très-friable.

L'ouverture faite à l'intestin a 1 centimètre $^1/_2$; sur ses côtés, on voit deux fausses membranes bien organisées ; l'incision a été faite sur le cæcum, à 8 centimètres de son origine.

On ne reconnaît pas immédiatement le siége de l'obstacle, même en cherchant avec les doigts ; ce n'est qu'en détachant l'intestin qu'on arrive à découvrir la cause de l'occlusion, au niveau de l'arc du côlon.

Le côlon ascendant et le côlon transverse sont énormément distendus par les gaz, ils refoulent le foie en arrière et en haut. C'est près de la réunion du côlon transverse avec le côlon descendant qu'existe l'étranglement ; à ce niveau, le gros intestin a éprouvé un mouvement de torsion sur lui-même ; il est fixé contre le côté gauche de la colonne vertébrale par quelques brides mésentériques, mais ces brides sont lâches et se détruisent facilement.

En tirant avec précaution sur l'intestin, au-dessous et au-dessus du siége de l'étranglement, on augmente le froncement des tuniques intestinales, et on ne détruit nullement l'étranglement ; énorme distension de l'intestin au-dessus de l'obstacle ; au-dessous, le côlon descendant a son volume et son aspect normal.

L'estomac recouvre le siége de l'étranglement ; sa muqueuse est hypertrophiée, ramollie ; sa cavité contient un liquide jaune, bru-

nâtre, assez abondant ; son volume est plus considérable qu'à l'état normal.

La muqueuse de l'intestin grêle présente les mêmes caractères de rougeur intense, d'hypertrophie et de friabilité ; les valvules conniventes sont très-développées ; il n'y a d'ulcérations nulle part.

L'intestin est rempli par des gaz fétides et une grande quantité de matières liquides jaunâtres, au milieu desquelles on trouve des îlots de matières fécales ; le cæcum est rempli de matières fécales demi-solides.

Arrivé au niveau de la partie étranglée qu'on a laissée en place, le doigt, introduit dans la cavité de l'intestin, se heurte contre l'obstacle formé par la torsion ; on enlève la pièce avec précaution, et, quand elle est isolée des parties voisines et débarrassée des quelques brides qui l'entourent, le doigt peut forcer l'obstacle, et l'on incise les parois avec l'entérotome ; la muqueuse est ramollie en ce point, elle garde l'empreinte que lui a fait subir la torsion ; les parois elles-mêmes ne présentent pas d'altération ; en aucun point de l'intestin, on ne trouve de corps étranger.

Poumons emphysémateux, tubercules crus au sommet du poumon gauche ; foie normal ; rate congestionnée, friable, et un peu grosse.

Résumé. Un homme de 34 ans, sur lequel nous n'avons que peu de renseignements antérieurs, entre à l'hôpital Saint-Louis pour des accès d'asthme qui le tourmentaient depuis longtemps.

Le 6 septembre. A la suite de l'ingestion d'une assez grande quantité d'aliments, il est pris de coliques et de diarrhée.

Le 7 et le 8. L'état général est assez bon, mais le ventre reste tendu et douloureux à la pression ; le malade se plaint de gargouillements dans les intestins ; pas de selles, pas de vomissements ; pas de gaz par l'anus ; éructations par en haut. On administre des lavements purgatifs et on fait des applications émollientes.

Le 9. Tous les symptômes ont augmenté ; de plus, le malade se plaint d'une douleur fixe dans la fosse iliaque droite et d'une autre

plus persistante en haut et à gauche, à la partie supérieure de l'abdomen. On donne un goutte d'huile de croton,

Tous les symptômes s'accroissent les jours suivants. Le traitement consiste en huile de croton, lavements purgatifs, ventouses scarifiées, vésicatoire, et applications de glace sur l'abdomen.

L'état général et local s'aggravant, et la mort étant imminente, M. Denonvilliers, appelé par M. Bazin, pratiqua le 13 l'entérotomie dans la fosse iliaque droite. Rien de particulier dans l'opération que sa brillante simplicité; elle donne issue à une grande quantité de gaz et de matières liquides, le doigt ne peut atteindre aucun obstacle.

Le soulagement est immédiat, mais le ballonnement persiste; la péritonite continue sa marche, et le malade meurt le 18 au matin.

A l'autopsie, on trouve tous les signes d'une péritonite intense, une énorme distension des intestins, et un étranglement siégeant un peu avant le changement du côlon transverse en côlon descendant, et formé par la torsion de cet intestin autour de son axe.